

قلع الأسنان

والاختلاطات التالية للأعمال الجراحية

مستندى إقرأ الثقافي

للكتب (كوردى - عربى - فارسى)

www.iqra.ahlamontada.com

Robert J.whitacre D.D.S.M.S.

Dale S. Bloomquist M.S.D.D.S.

اعداد وترجمة

د. ماهر اسكندر جورية

لتحميل أنواع الكتب راجع: (مُنْتَدَى إِقْرَأَ الثَّقَافِي)

پرای دانلود کتابهای مختلف مراجعه: (منتدی اقرا الثقافی)

بۆدابه زانندنی جۆره ها کتیب: سهردانی: (مُنْتَدَى إِقْرَأَ الثَّقَافِي)

www.iqra.ahlamontada.com



www.iqra.ahlamontada.com

للكتب (كوردی , عربي , فارسي)

هذا الكتاب

هو ترجمة أمينة لكتاب أميركي يحمل نفس العنوان ويتضمن
الكثير من المعلومات السريية الهامة عند الممارسة العملية

المترجم

قلع الأسنان

والاختلاطات التالية للأعمال الجراحية

Robert J. Whitacre D.D.S.M.S.

Dale S. Bloomquist M.S.D.D.S.

اعداد وترجمة

د. ماهر اسكندر جورية

دار ابن النضيس

طباعة - نشر - توزيع

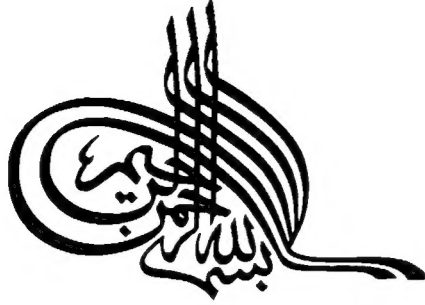
دمشق - جادة الحلبوني - تليفاكس: ٢٢١٦١٣٩

الطبعة الثانية

مقدمة

إلى الزملاء الكرام: لقد حصلت على هذا الكتاب وهو نسخة من الطبعة الثالثة له في الولايات المتحدة الأميركية، بعدما عرفت قيمته العلمية قررت نقله إلى العربية كي يصل إلى أكبر عدد ممكن من الزملاء في الوطن الحبيب. كما نشكر الدكتور صالح غصة والدكتور ماهر لاذقاني الذين تفضلا بمراجعة هذا الكتاب.

د. ماهر جوربة



﴿وقل رب زدني علماً﴾

صدق الله العظيم

المحتويات

الموضوع	الصفحة
الفصل الأول: تقدير الحالة قبل العمل الجراحي	٧
الفصل الثاني: قلع الأسنان البسيط	١٦
الفصل الثالث: الشرائح السمحاقية المخاطية	٣٥
الفصل الرابع: قلع الأسنان المعقد مع رفع شريحة	٥٠
الفصل الخامس: أذيات الأنسجة الرخوة	٥٧
الفصل السادس: أذيات العظم والأسنان	٥٩
الفصل السابع: بعض الاختلاطات داخل الفموية الأخرى	٦٧
الفصل الثامن: العناية مابعد العمل الجراحي	٧٢
المعالجة مابعد العمل الجراحي	٧٤
الفصل التاسع: اختلاطات مابعد العمل الجراحي	٧٦
التهاب السنخ الجاف	٨١

الفصل الأول

تقدير الحالة قبل العمل الجراحي

- في الصفحة التالية هناك قائمة لتقدير حالة المريض بدقة من كافة الجوانب وهي تساعدنا على وضع خطة المعالجة، وخلال تقييم الحالة يمكنك تحديد عوامل إذا لم تتفادها فقد تقع في مشاكل أثناء أو بعد العمل الجراحي، كذلك إذا كان السن بحاجة لشريحة أم لا، وإذا كانت الحالة بحاجة لاحالة إلى أخصائي جراحة فكين، وطبعاً بزيادة الخبرة يمكن تقييم الحالة دون الرجوع إلى هذه القائمة.

ونحن قد رتبنا المشاكل التي قد تواجهها وفق معايير مرقمة هي:

- ٢ - تقدير لمستوى الصعوبات التي قد تواجه أثناء قلع سن ذو تاج سليم وشكل جذر طبيعي وارتفاع عظمي طبيعي باستعمال الكلابات والروافع دون الحاجة لاجراء شرائح.
- ٣ - يعني أنه ربما هناك عامل قد يؤدي لاختلاطات خلال العمل الجراحي، وعادة هذا يمكن تجاوزه، ويجب أن تكون جاهزا لاجراء شريحة إذا لزم.
- ٤ - هنا الاختلاطات متوقعة والشريحة نقوم بها منذ البداية أو أن الحالة تحال إلى أخصائي جراحة فكين.

التقديرات قبل العمل الجراحي:

١ - التقدير الطبي:

- ١ - لا توجد اختلاطات صحية.
- ٢ - مشاكل صحية بسيطة يمكن تجاوزها أثناء العمل.
- ٣ - الحاجة لاستشارة الطبيب الاخصائي المناسب.
- ٤ - قد تواجه مشاكل خطيرة وان الاحالة إلى أخصائي هو أفضل شيء لك وللريض.

٢ - الحالة النفسية (الانفعالية):

- ٤ - مريض خائف جدا - يحال للتخدير العام.
- ٣ - مريض متوسط الخوف - ولكن يمكن السيطرة عليه قبل وأثناء العمل الجراحي.
- ٢ - مريض قليل الخوف - ولكن يمكن السيطرة عليه بالتدابير الجيدة.

١ - مريض يبدو غير مهتم بالعمل الجراحي.

٣ - التقييم السريري:

أ - وجود أنتان.

ب - وجود تحدد حركة الفم.

ج - وجود أعداد كبيرة من الأسنان المنخورة والمكسورة.

د - حركة الأسنان.

هـ - تنضيد الأسنان على القوس.

٤ - التقدير الشعاعي:

أ - العلاقة مع الجيب الفكي.

ب - وجود النخور أو الكسور أو الحشوات.

ج - عدد الجنور.

د - عرض الجنر المركب.

هـ - شكل الجنر المفرد (منحني - بصلي).

و - عرض الجنر المفرد وطوله.

ق - الامتصاص الجنري.

ك - المداواة اللبية.

ل - العلاقة مع المنطمرات (الأسنان المنطمرة).

م - كمية العظم السنخي.

ن - كثافة العظم.

٥ - صعوبات أخرى.

٦ - الطريقة الجراحية:

- قلع بالكلاية سوف يتم دون مشاكل.

- المحاولة بالكلاية ولكن مع التحضير لصنع شريحة.

- إجراء شريحة قبل القلع.

- احتمال مشاكل كبيرة - حول إلى أخصائي جراحة.

واليكم شرح لهذه البنود:

١ - تقييم الخطر الطبي: قبل المعالجة من المهم أن تقف على مستوى صحة مريضك، الأدوية التي يتناولها جرعاتها، تفاعلاتها المحتملة، قد تحتاج لاستشارة طبيب أخصائي أو طبيب أسنان أكثر خبرة منك تلقى حالات مماثلة.

٤ - هناك مشاكل خطيرة والمعالجة تتم فقط عند طبيب ممارس متدرب على مثل هذه الحالات.

٣ - يمكن للطبيب التعامل مع المريض بأخذ إستشارة أخصائي أو إجراء فحوصات مخبرية سابقة.

٢ - هناك احتمال لمشاكل، على كل حال يجب أن نتغلب عليها في عيادة طبيب أسنان عام مجهزة بشكل جيد.

١ - المريض لا يوجد لديه مشاكل صحية.

- تقييم الحالة النفسية: ان هذا التقييم يساعد لتحديد إذا كان المريض خائف أو عدائي، وإن المريض القلق جداً يجب أن يحال للتخدير العام أو للتسكين الخاص وذلك لسببين:

١ - إن الاجراءات الجراحية تصبح أقل رض للمريض.

٢ - علاقتك مع المريض قد تنعكس سلباً بسبب الرض وهذا قد يعيق مقدرتك لاتمام المعالجات السنية العادية (الروتينية) لهذا المريض في المستقبل.

ملاحظة: إن وجود مستوى عالي من الخوف مع أي مشاكل صحية لدى المريض يعجل بشكل كبير بحدوث الخطر الصحي وإنه من الصعب دائماً أن نحدد مدى خوف المريض بالضبط لذلك يجب أن ننتبه لما يقوله المريض وأن نقدر مستوى القلق أعلى قليلاً عما يعتبر عنه، وإن المعايير التالية قد تفيد:

٤ - مريض خائف جداً - يحال للتخدير العام.

٣ - مريض متوسط الخوف - ولكن يمكن السيطرة عليه بالتسكين قبل الجراحة أو اثانها.

٢ - مريض خائف قليلاً - ولكن يمكن السيطرة عليه بالتدابير الجيدة.

١ - مريض يبدو غير مهتم بالتدخل الجراحي السني.

- نظرة عامة في التقييم الشعاعي والسريري: وهذه ذات علاقة بالعوامل التي تؤثر على القلع وتحدد إن كان بالكلابة أو جراحي أو الحالات التي تحتاج لاختصاصي جراحة:

٤ - هناك مؤشرات خطيرة ويجب أن تعطى الأهمية الكافية من أجل احوالها، وهنا تسقطب الشريحة دون شك بسبب المشاكل الاضافية كاتكسار السن الجذر أو العظم....

٣ - هنا قد نحاول القلع بالكلابة مع الاحتياط لاجراء شريحة ممكنة، هنا قد نلجأ لتحويرات صغيرة في استخدام الأدوات أو طريقة الجراحة بحيث نتجنب الاختلاطات إن أمكن.

٢ - هذه الفئة تشمل القلع النموذجي غير المترافق باختلاطات لأجل أسنان نمونجية شكلا وتشريحا ومستوى عظمي طبيعي، وهنا القلع يتم بالكلاية ودون مضاعفات.

١ - هنا تدل المؤشرات على أن القلع أسهل من الطبيعي.

- التقييم السريري: إن الفحص السريري للمريض يزودنا بمعلومات هامة جدا للجراحة:

أ - وجود الأنتان: يجب أن نقوم بفحص كلي للوجه والعنق لاكتشاف أي انتشار للأنتان باتجاه المسافات الوجهية أو العقد اللمفية، ويجب أن تقدر شدة الأنتان كجزء من المعالجة الشاملة لمشاكل المريض وإن المقياس التالي يساعد على تحديد مدى وجود الأنتان:

٤ - الأنتان ممتد في الجهتين للمسافات الوجهية أو تحت الفك، وجود سمية جهازية، وجود عسرة بلع حول المريض إلى المشفى فورا.

٤ - أنتان شديد أحادي الجانب يحال المريض إلى أخصائي جراحة.

٣ - انتباج معتدل للنسج الرخوة في المناطق الأقل خطورة هنا قد تحتاج لثق وتفجير من داخل الفم.

٢ - يقتصر الأنتان على الحواف الشحمية أو قبة الحنك أو مناطق أخرى أقل خطورة.

١ - لا يوجد أنتان.

ب - تحدد حركة الفم: إما بسبب الضزز المترافق بالأنتان، أو بسبب تحدد حركة طبيعي (ولادي) أما إذا فتحنا فم المريض قسريا أثناء الجراحة أدى ذلك إلى رض شديد في المفصل وإذا كان هناك أنتان نكون قد دفعناه بشدة نحو العمق:

٤ - الفم لايفتح كفاية لدخول الأدوات خاصة في المناطق الخلفية - يحال إلى أخصائي.

٤ - فتحة الفم صغيرة لاستخراج الجذور أو النوى المكسورة - يحال إلى أخصائي.

٣ - الفم مقيد الحركة ولكن هناك مجال لاجراء القلع أو استرداد الجزء المكسور من السن.

٣ - إن المفصل غير المستقر مع خلع زائد يخفي خطر زائد.

٢ - فتحة فم طبيعية.

١ - فتحة فم أكبر من الطبيعية.

- كثرة وجود النخور والكسور: إن التيجان المصابة بنخور أو كسور يمكن أن تنفتحت تحت

تأثير الكلاية وتحتاج لرفع شريحة أو ازالة العظم وهذا الخطر يمكن تقليصه باستخدام الكلاية المناسبة وأحيانا هذه لاتجدي كذلك وعند قلع سن يجب أن ننبه لـ :

٤ - هناك كسر أو نخر تحت مستوى قمة السنخ عادة الشريحة تسبق القلع.

- ٣ - النخر أو الكسر يشمل كل التاج ولكن الجذر يبدو سليم.
- ٢ - النخر أو الكسر موجود ولكنه يبدو أنه لا يؤثر على قوة التاج.
- ١ - لا كسر ولا نخر.

د - حركة الأسنان : قد تأخذ حركة الأسنان مدلول كبير وتؤثر في جراحة الأسنان إذ أن حركة السن الزائدة العائدة لضيق العظم المحيط تجعل القلع أسهل، بينما السن عديمة الحركة قد تكون ملتصقة بالعظم وتحتاج لجراحة واسعة لاستخراجها وفيما يلي تقدير هذا العمل:

٤ - لا يوجد حركة - احتمال كبير للاتصاق، خاصة الإرخاء المؤقتة الباقية والأسنان المعالجة لبيا والإرخاء الثالثة البارزة.

٣ - لا يوجد حركة ولكنك تعتقد أن الالتصاق لن يكون مشكلة.

٢ - حركة السن عادية (صنف أول أو ثاني من اصناف حركة الأسنان).

١ - حركة سنة أكثر من عادية (حركة صنف ثالث). «عند حركة السن الزائدة يجب التوصية بقطع الرباط بشكل جيد وإلا انقلعت اللثة مع السن وحدث فيها شقوق قد تكون صعبة الالتئام وصعبة الارتاء» /المترجم/.

هـ - موقع السن في القوس: يمكن أن يؤثر هذا العامل على مكان وضع الكلابة واحتمال التأثير على الأسنان المجاورة وقد تحتاج لاجراء جراحة إذا كان السن متعذر بلوغه، وعندما يكون السن لوحده في القوس فإن قلعه أسهل بسبب إمكانية اللجوء إلى حركات دورانية وامكانية التأثير بقوى أنسية ووحشية:

٤ - السن منحرف لسانياً وهو متعذر بلوغه في شريحة دهليزية - يحال لاختصاصي جراحة.

٣ - السن سيء الوضع أو مفتول ولكن يمكن امساكه بكلابة.

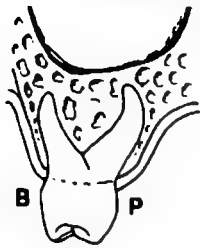
٢ - السن في مكانه الطبيعي من القوس (سن متراكب مع الأسنان) قد يصعب بلوغه بالكلابة.

١ - السن أو كلا السنين الملاصقين مفقودتان.

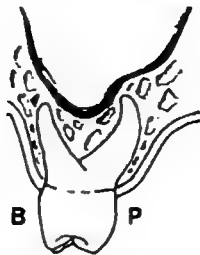
- التقييم الشعاعي: إن أغلب الجراحات تقوم على أساس صورة بانورامية ولكننا ننصح بصورة إضافية لمنطقة ما حول الذروة وصورة اطباقية للسن للحصول على تفاصيل أكثر، إن الجراح الخبير قد يكتفي بالصورة البانورامية لأنه يستطيع التفاعل مع الاختلاطات إما كمبتدئين فنفضل صورة إضافية لتجنب المفاجأة. وتكون الصورة مقبولة إذا أظهرت كل السن المراد قلعه والبنى المجاورة له.

أ - العلاقة مع الجيب الفكي: إن إزالة قاع الجيب الفكي هي اختلاط خطير جداً أثناء قلع الأسنان الخلفية للفك العلوي خاصة عند قلع الرحى الأولى وكذلك الضاحكة الثانية

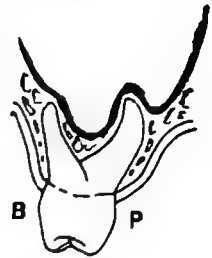
والرحى الثانية والثالثة، كما أن الجيب قد يمتد حتى فوق الضاحكة الأولى والنااب ويشكل نفس الخطر وإن العلاقة بين الجيب ونزوة السن موضحة في الشكل (2 - I).



2 - قليل الخطورة



3 - متوسط الخطورة



4 - عالي الخطورة

الشكل (2 - I)

٤ - خطر شديد الجيب يحيط بقمة الجذر، قاع الجيب مقببة بذرى الأسنان الصورة الشعاعية رقم ١.

٤ - سن أو سنين موجودين بعلاقة متوسطة إلى شديدة الخطورة مع الجيب هنا احتمال حدوث كسر سنخي واسع مرجح الحدوث.

٣ - يمتد الجيب إلى متفرق الجذور ولكن الجذور راسخة في العظم في كلا الجهتين (خطر متوسط) بعيداً عن الجيب.

٢ - خطر قليل الجذور أسفل مقر الجيب.

N.A - هذه العلامة تعني أنه لا علاقة للسن مع الجيب.

ملاحظة: عند محاولة قلع رحتين مفصولتين يجب أن ننتبه كثيراً لانكسار مقر الجيب أو الحافة السنخية أو الحدة الفكية، لا تطبق قوة زائدة أبداً في هذه المنطقة.

- وجود كسور أو نخور أو حشواتها معدنية: تضعف السن وتسبب كسره تحت تأثير الكلابية.

٤ - الكسر أو النخر يمتد لمستوى أدنى من عظم السنخ.

٣ - الكسر أو النخر أو الحشوة تشمل معظم التاج ولكن الجذر يبدو غير متأثر.

٢ - الكسر أو النخر أو الحشوة موجودين ولكن لا يبدو أنهم يؤثران على قوة التاج.

١ - لا يوجد نخر فقط كسر أو حشوة.

د - عدد الجذور: زيادة عدد الجذور يجعل القلع صعب ويزيد احتمال انكسار الذرى وعادة

الرحى الثالثة تظهر فرق كبير في عدد الجذور، الجذر الأتسي للارحاء السفلية عادة منقسم لقسمين والضواحك خاصة الأولى العلوية عادة تكون متشعبة - وأحياناً عند الذورة فقط.

٤ - جذر اضافي أو أكثر يتشعب أبعد من الثلث الذروي للسن.

٣ - انقسام جزئي يشكل جذر اضافي في الثلث الذروي للجذر.

٢ - عدد جذور طبيعي.

١ - أقل من عدد الجذور الطبيعي (ارحاء سفلية مخروطية).

/الصورة الشعاعية ٢٠ ، ٢٢/

هـ - عرض الجذر: عندما نريد قلع سن متعدد الجذور فيجب أن نفحص العرض الكلي لأعرض جزء من الجذر بالمقارنة على عرض أضيق منطقة في الثلث العنقي له - الأسنان ذات التشعب الواسع للجذر سوف تكون أصعب قلعا وأكثر احتمال لانكسار الجذر أو السنخ لذلك قد نلجأ لتجزئتها أو إزالة العظم عنها بينما الأسنان ذات الجذور المتقاربة (المخروطية) تكون أسهل قلعا:

٤ - العرض الكلي الذروي أكبر بـ ٢٥٪ من أضيق نقطة في عنق الجذر.

٣ - العرض الكلي الذروي أقل بـ ٢٥٪ ولكن أكبر من عرض الجذر في أضيق مسافة منه.

٢ - العرض الكلي للجذر يساوي عرض الجذر في أضيق نقطة فيه.

١ - العرض الكلي الذروي أقل من عرض الجذر أي أضيق قسم منه.

ملاحظة: هذا المقياس لايطبق على الأسنان وحيدة الجذر /انظر الصورة رقم ٩ ، ٢٣/.

ق - شكل الجذر المفرد (منحني، بصلي): شكل الجذر المفرد يمكن أن يكون عامل مهم. الجذور المنحنية بشدة في النصف الذروي هي أشد ميلا للكسر وكذلك تحتاج قوة زائدة لقلعها والجذور ذات الشكل البصلي توجد نفس المشكلة، يجب الانتباه دوماً لدرجة ميلان أو تضخم الجذر مع العمر الذي يسلكه أثناء القلع.

٤ - وجود انحناء كبير أو تضخم في الجذر أكثر من ممر القلع، احتمال الكسر وارد.

٣ - وجود انحناء صغير أو تضخم أغلب الظن أنه سيمر من خلال ممر القلع مع احتمال الكسر أكثر من الطبيعي.

٢ - انحناء طبيعي لهذه السن بالذات.

/انظر الصورة الشعاعية رقم ٣٣ ، ٣٧/.

ك - طول وعرض الجذر المفرد: أن قلع الأسنان ذات الجذور الطويلة والمستدقة أكثر خطر من قلع الأسنان ذات الجذور الكبيرة مع ذرى دائرية - مثال قلع القواطع السفلية أخطر من قلع الثنايا العلوية وعند تقييم هذا العامل فيجب الانتباه للصورة الشعاعية كي لا تطيل أو تقصر الطول الطبيعي.

٤ - جذور أطول وأنحف من الطبيعي ومستدقة الذروة.

٣ - جذر أطول وأنحف من الطبيعي ولكنه مستدير الذروة.

٢ - جذر طبيعي الطول والكثافة وذو ذروة مستديرة.

/انظر الصورة ١٥ ، ٤٤ ، ٤٥ ، ٥٥/.

ل - الجذر المكسور أو الممتص: إن الجذور الممتصة من الداخل أو الخارج أكثر عرضة للكسر تحت ضغط الكلابة وأن الامتصاص الذروي الخارجي يقصر طول السن ويجعل قلعه أسهل.

٤ - امتصاص شديد داخلي أو جزئي خارجي احتمال الكسر مرجح.

٣ - هناك امتصاص داخلي متوسط، انكسار الجذر ممكن.

٢ - امتصاص بسيط في الثلث الذروي للسن.

١ - امتصاص ذروي خارجي (أو عملية قطع ذروة) متجاوز الثلث الذروي للسن.

/انظر الصورة رقم ٨٩ ، ٩٠/.

م - المداواة اللبية السابقة للسن: السن يصبح قصف بعد المعالجة اللبية وخاصة الجذر كونه يميل للاتصاق بالعظم المحيط وأن هذا العامل يفوق كل العوامل أهمية.

٤ - أي سن معالج لبياً مع حركة صغر.

٤ - أي سن معالج لبياً منذ أكثر من ٦ شهور ويملك جذر طويل ومستدق.

٣ - أي سن معالج لبياً منذ أكثر من ٦ أشهر.

٣ - أي سن معالج لبياً منذ أقل من ٦ شهور ويملك جذر طويل ومستدق.

٢ - سن معالج منذ أقل من ٦ شهور مع جذر كبير وسميك.

NA - لا يوجد معالجة لبية

/انظر الصورة الشعاعية رقم ٦٤ ، ٥٧ ، ٣٣/.

ن - العلاقة مع الاسنان قبل بزوغها: جذور الارحاء المؤقتة يمكن أن تحيط ببراعم الضواحك الدائمة في مثل هذه الحالة. إذا أردت أن لاتؤثر على البراعم الدائمة فيجب أن تقلع الأسنان جراحياً أو تحيل إلى أخصائي جراحة.

٤ - إحاطة جذور الارحاء المؤقتة ببراعم الضواحك الدائمة قبل تشكل التيجان أو الجذور.

٣ - جذور الارحاء المؤقتة قريبة ولكنها لاتلاصق البراعم الدائمة أو إن تيجانها مشكّلة جزئياً.

٢ - التاج وحوالي نصف الجذر أو أكثر متشكل.

١ - لا يوجد ضواحك تحت الارحاء المؤقتة.

NA - هذا العامل يطبق فقط على الارحاء المؤقتة.

/انظر الصورة الشعاعية رقم ٦٥ ، ٦٩ ، ٧٠./

و - فقدان العظم السنخي: إذا كان هناك فقد بالعظم المحيط بالسن فهذا يعني أن القلع سيكون اسهل حتى ولو كان هناك عامل معيق للقلع إذ أن فقدان العظم المحيط يوازن المشاكل الأخرى.

٢ - ارتفاع عظمي طبيعي أو أن يكون مفقود من الثلث العنقي للجذر

١ - انحلال العظم أكثر من الثلث العنقي للجذر . /انظر الصورة رقم ٧٤/

ي - كثافة العظم: كلما زادت كثافة العظم قلّ تمدد السنخ حول السن أثناء قلعها بالكلاية لذلك نحتاج لقوى إضافية أثناء القلع مما قد يسبب كسر الجذر أو السنخ أثناء القلع وإن الكثافة العظمية يمكن تقديرها شعاعياً بمشاهدة عدد الحواجز العظمية ولكن هذا العامل من الصعب تقديره إذا ما أخذت الصور الشعاعية من وضعيات مختلفة.

٤ - حواجز كثيفة في العظم المحيط بالجذر وأن انضغاط السنخ سوف يكون اصغري ويتطلب قوى أكبر.

٣ - وسط بين (٢ و ٤) عادة تلاحظ عند القوقازيين المتقدمين في السن والسود الأصغر عمراً.

٢ - كثافة عظمية طبيعية كما هي عادة عند الناس بين (٢٠ - ٣٠) سنة.

١ - حواجز متفرقة قليلة بالعظم المحيط بالجذر هنا انضغاط العظم يكون كبير باستخدام قوى صغيرة.

انظر الصور:

صورة رقم ٦	عمره ١٩
صورة رقم ٩	عمره ٣٥
صورة رقم ١٦	عمره ٢٦
صورة رقم ١٥	عمره ١٨

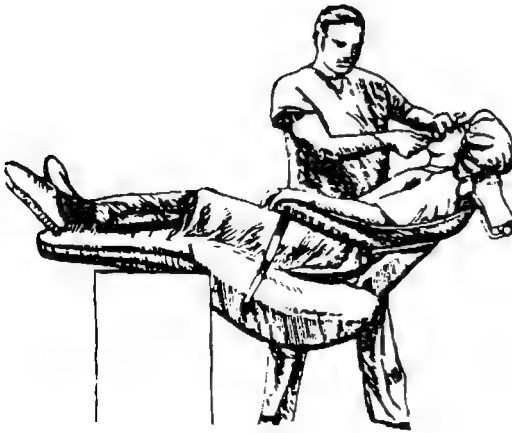
الفصل الثاني

قلع الأسنان البسيط

في هذا الفصل سنناقش قلع الأسنان دون رفع شريحة أي بالكلايات والروافع مع وضعيات المريض وآلية القلع وامساك الكلايات.

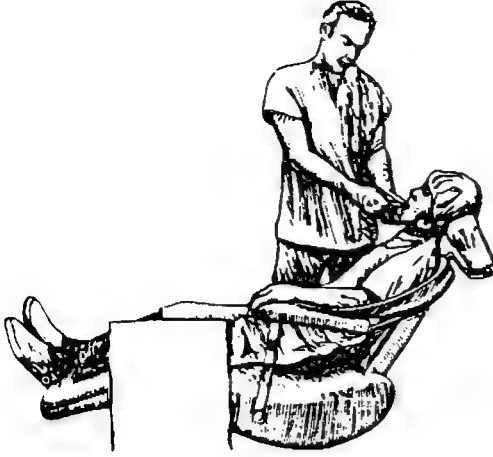
- وضع الكرسي: تقوم الكلاية بنقل القوة بين الجراح والمريض وأن وضع المريض بالوضع المناسب له الاعتبار الأساسي في هذا الأمر، فقط من الوضع المناسب يمكن للكلاية أن تنطبق على السن تماماً، «حافظ على استقامة المعصم وتقريب الذراع للجسم» وعند التقيد بهذا المبدأ يصبح الممارس مسيطر على القوة المراد تطبيقها، وإذا لم يتقيد الممارس بهذا فإنه يفقد الاحساس بما يفعله بالسن مما يزيد احتمال كسر السن أو العظم، كما يسبب تعب العضلات العاملة أثناء القلع وتجدر الإشارة إلى أن هذه العضلات تتعب كذلك نتيجة وضعية الذراع الخاطئة والقوى غير المناسبة وهذا أساس المشكلة وهذه النقطة مهمة وهي مجهولة من قبل المبتدئين.

- معظم المبتدئين يرفعون الكرسي زيادة وذلك لأجل رؤية أفضل. وهذا صحيح للمداواة ولكنه للقلع يجب تخفيضها قليلاً للتخلص من القوى الغير مناسبة. وبعد أن نضع الكلاية بشكل مناسب فالرؤية غير ضرورية جداً إذ أن العملية تشبه نزع الفلينة من الزجاجاة لذلك تخفض الكرسي قليلاً عند القلع منه عند المداواة أما عند إزالة النوى فالعكس صحيح. كما يمكن أن يتم القلع من الوقوف ومن الجلوس.



الشكل ١ - II

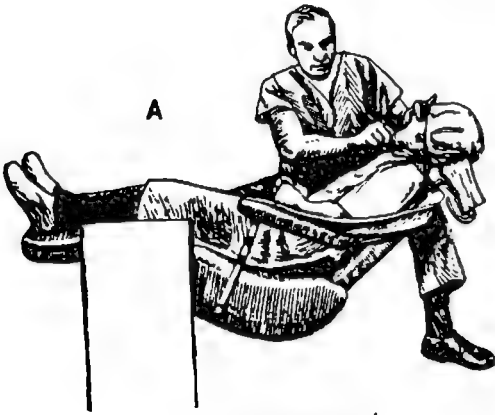
- وضعيات القلع من الوقوف في الفك العلوي يجب أن نرجع ظهر الكرسي للخلف حتى يصبح مستوى الأطباق للفك العلوي بزاوية ٤٥° - ٦٠° مع الأفق، وكنتفي المريض بمستوى كوع الطبيب. ونقف على يمين المريض (للأطباء اليمينيين) مع مباعدة القدمين منذ أجل الاستقرار، كما هو موضح بالشكل (١ - II)



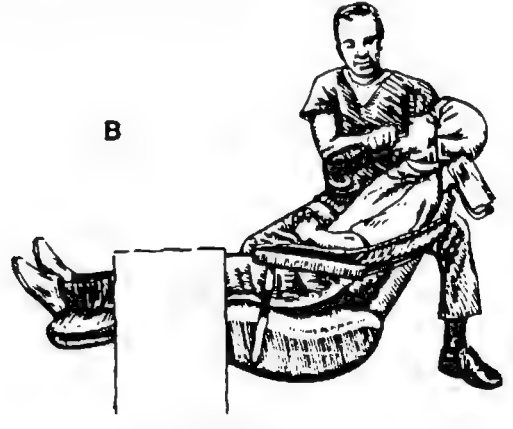
الشكل ٢ - II

في الفك السفلي: يجب أن يكون مستوى الأطباق في الفك السفلي في مستوى كوع الطبيب أو أخفض وهو موازي للأفق. تقف على يمين المريض مع مبادعة القدمين كما هو في الشكل (٢ - II).

القلع من الجلوس: حتى فترة قريبة كان الجراحون يؤيدون القلع من الوقوف، وهذه الطريقة مستطبة من أجل القلوع التي تحتاج لقوى كبيرة، أما الآن فإن النخر لا يؤدي لقلع السن والسبب الأكثر شيوعاً لذلك الأمراض النسائية ومعظم هذه القلوع لا تحتاج لقوى زائدة بحيث يستطيع الطبيب القيام بها من الجلوس، وإذا كنت تمارس معظم الإجراءات السنية جالسا فلم لتتعلم الجراحة الفموية من الجلوس كما هو واضح في الشكل (٣ - II)



أ - الفك العلوي



ب - الفك السفلي

الشكل ٣ - II

- العديد من الجراحين يفضلون الجراحة من وضعية تدعى /وضعية الساعة ١٢/ حيث يكون المريض مستلقي تماماً والجراح خلف رأسه يحمل الكلابية في راحة اليد وفكيها العاملين باتجاه المريض. وهذه الوضعية تتيح للجراح أن يبقي يده قريبة من جسمه مما يقلل إجهاده، كما أن هذه المسكة تعطي فعل عكسي زائد أكثر من المسكة العادية، لذلك يجب على الممارس أن يكون

حذرا عند اللجوء لهذه الطريقة كي لا يكسر السن أو العظم، وتعتبر هذه الطريقة غير محبذة للمبتدئين إلى أن يحصلوا على خبرة سريرية زائدة.



الشكل ٤ - II وضعية المريض والطبيب /وضعية الساعة ١٢/



الشكل ٥ - II مسكة الكلابه في /وضعية الساعة ١٢/

- ملاحظة هامة: يجب أن نضع قطعة شاش في الجزء الخلفي من فم المريض للتقليل من احتمال بلع السن أو الفضلات الجراحية.

- مبادئ استعمال الكلابه -

- توسيع السنخ: ويتم ذلك باستخدام السن ذاتها كأداة موسعة للسنخ وهذه أهم نقطة في مجال القلع بالكلابات، ولابد أن هذا يتطلب بنية سن قوية تسمح بامساكها بالكلابة وكذلك شكل جذر السن يجب أن يساعد لكي يسمح بالقلع الكامل للسن.

ملاحظة: أن تطبيق قوة شديدة أو سريعة لأجل توسيع السنخ يمكن أن تؤدي إلى كسر الجذر كما أن مرونة العظم تبلغ حدها الأعظمي عند الشباب وتتناقص مع تقدم العمر كما في الشكل /٦ - II/

كما أننا ننوه إلى أنه إذا كانت كثافة العظم المحيط بالسن أو شكل الجذر تمنع خروج السن عندها نرفع شريحة أو تجزأ السن إلى أجزاء أصغر. كما في الفصل الرابع.

- الدخول ضمن الحواف: إن دخول الكلابه بين جذر السن والحواف السنخية يسبب نزاع السن من مكانها وإن فعل الكلابه هذا يشابه فعل رافعة /Shoehorn/ خاصة عندما تتقدم نروباً وإذا كانت الكلابه 150 - 151

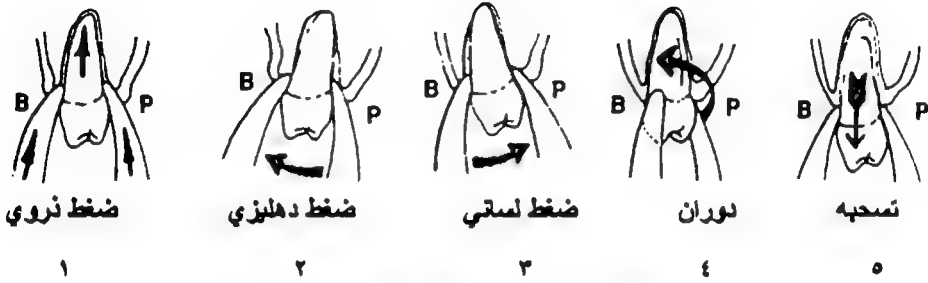


شكل ٦ - II توسيع السنخ
مستخدمين المن كموسعة



شكل ٧ - II ضغط الكلابة نروباً
لاخراج السن من مكانها

- حركات الكلابة: إن حركات الكلابة موضحة في الشكل التالي.



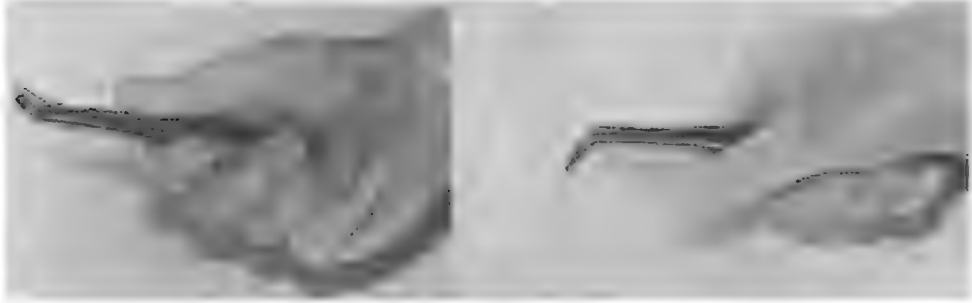
الشكل ٨ - II مجموعة من الحركات السنية

ويجب أن يعلم الممارس أن حركة الكلابة المطبقة على السن تعمل على الشكل التالي:
مثلاً: الحركة الدهليزية تسبب تمدد قمة السنخ بالاتجاه الدهليزي بينما يحدث تمزق الرباط السني من الجهة اللسانية: أما في قاعدة السنخ فيحدث توسيع نحو اللساني ويتمزق الرباط في الدهليزي وهنا منتصف السنخ مركز دوران. وكلما اقتربت الكلابة إلى الذروة أدت لتقصير مسافة نقطة الارتكاز وكذلك سهولة خلع السن وتقليل احتمال كسره.

- إن الحركات يجب أن تكون ديناميكية (مثل خطوات الرقص)، وأحياناً نمزج أكثر من حركة في القلع مثلاً عند قلع التثنية الحركة الرئيسية قتل والثانوية سحب، وتزداد نسبة نجاح القلع عند القلع بحركات متتالية زيك زاك /Zig Zag/ مستخدمين مزيج من الضغط النروي مع الدوران بشكل متتابع بالاتجاهين وخلال هذه الحركات فإن الكلابة المصممة جيداً سوف تقحم باتجاه الذروة وتقطع الرباط وتمدد السنخ مسببة خروج السن من مكانه.

- امساك الكلابة: يجب أن تمسك بحيث يبقى المعصم مستقيم تبقى اليد تحت الكلابة في الفك العلوي وهي فوق الكلابة في الفك السفلي وهذه المسكة يجب أن تكون محكمة مما يتيح

الشعور بالارتياح والسيطرة على القوة المطبقة على الكلابة والتحكم بدوران المعصم في الاتجاهين



الشكل ٩ - II الممسكة عند القلع
في الفك العلوي

الشكل ١٠ - II الممسكة عند القلع
في الفك السفلي

- انطباق الكلابة على السن: إن عدم الانطباق قد يسبب ١ - كسر السن ٢ - انزلاق الكلابة ٣ - أذى الأسنان المجاورة ٤ - قلع راض. أولاً: نطبق الكلابات الموافقة للأسنان وننتبه إلى موازاة فكي الكلابة مع المحور الطولي للسن. إن الكلابة تطبق بقوة للتأكد من ثباتها حول السن ثم نعيد التأكد بالنظر قبل القلع. وخلال القلع يجب ادخال الكلابة ذروباً قدر الامكان وهنا ممكن اللجوء للضغط باليد الأخرى كما هو في الشكل (١١ - II)



- بماذا يشعر الجراح الخبير:
تشبه حركات الجراح إلى حد بعيد الكمبيوتر المبرمج إذ أنه يستخدم معظم عضلاته من أجل كل قلع وعقله بشكل أوتوماتيكي يبرمج اختلاف الظروف الموجودة لكل حالة وعلى العموم يجب الانتباه إلى مايلي.

أ - يجب أن تشعر بالارتياح في وقتك، الرجلين بعيدين عن بعضهما قليلاً.

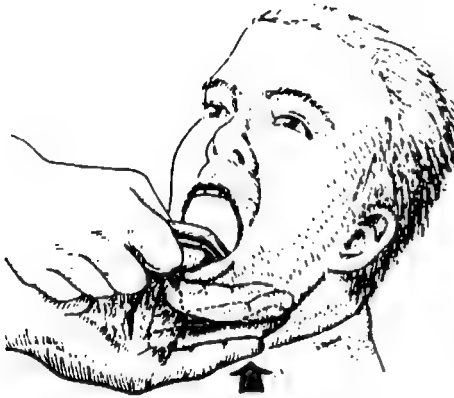
الشكل ١١ - II الضغط الذروي باستخدام ابهام اليد الأخرى من أجل ادخال الكلابة ذروباً خلال قلع الأسنان الأمامية السفلية

ب - يجب أن تشعر بسلسلة من الحركات العضلية تبدأ باليد إلى المعصم إلى المرفق والكتف.

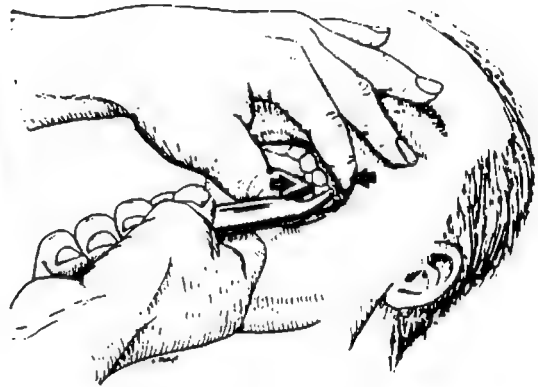
ج - خلال المرحلة الأولى من القلع انحني قليلا نحو الكلابة من أجل التأكد من ثباتها ودخولها باتجاه الذروة عندها نمسك السنخ جيدا بحيث نشعر بحركات السن أثناء قلعها.

د - هنا نطبق القوى ضمن حدود الأمان وعادة المبتدئين لا يميلون لتطبيق قوى زائدة وعادة يطبقون قوى غير كافية حيث أنه في بعض الأحيان السن لا يتحرك، لذلك ينصح بالجوء لحركات القلع المعروفة حتى تتحرك السن ثم نطبق حركة سحب.

استبيان حركات النتوء السنخي القلع في القوس العلوي: هنا يجب وضع الإبهام في جهة والسبابة في الجهة الأخرى من السن المراد قلعها (مسكة البنسة) هذه المسكة سوف تتمكنك من الشعور بالتغيرات الحادثة في النتوء السنخي. كما أنها تثبت الفك العلوي، وتمكن من كشف كسور السنخ في المراحل الأولى ولكن يجب الانتباه لعدم اذيه عيني المريض بأصابع الطبيب هنا.



الشكل ١٣ - II



الشكل ١٢ - II مسكة البنسة

القلع في الفك السفلي: إن المسكة القابضة على الفك السفلي بشكل كبير لها الأثر الكبير في منع وصول القوى إلى المفصل الفكي الصدغي كما يمكن دعم المفصل بوضع فاتح الفم على الجهة المعاكسة للقلع بينما يضع المساعد يده تحت الفك لمعاكسة قوى القلع.

- العوامل التشريحية التي تتدخل في حركات الكلابة: أولا من الواضح أن حركات الكلابة الأساسية ذروية، دهليزية، لسانية، دورانية وحركة جر ولكن هناك حركات خاصة لأسنان محدده تتعلق بشكل رئيسي بالفرق في كثافة العظم السنخي من الدهليزي ومن اللساني فمثلا في السنخ العلوي الناحية الدهليزية تكون رقيقة مع القليل من الحواجز الداعمة وعادة تكون مثقبة أما على الجهة الحنكية فإن العظم أكثر سماكة والحواجز العظمية أكثر وضوح لذلك عند الحركة الدهليزية اللسانية فيجب أن نضغط للدهليزي أكثر كون العظم أسهل تمعدا.

أما في الفك السفلي: هنا عادة الناحية الدهليزية أكثر رقة من اللسانية ماعدا منطقة الارحاء إذ تكون الدهليزية مساوية أو أكثر سماكة من اللسانية، لذلك نجهد الأسنان الأمامية والضواحك السفلية دهليزيا أما الارحاء فنؤكد على قلعها نحو اللساني وخاصة الثالثة.

- شكل الجنور: بيضوي، مستدير، مفرد، متعدد..

إن شكل الجنر يحدد إذا كنا سنستخدم حركات دهليزية، لسانية، دورانية إن القواطع العلوية المركزية تملك جنورا مستديرة (بالمقطع العرضي) ومخروطية (بالمقطع الطولي)، هذه السن يمكن قلعها بحركة دورانية.

بينما الرحي الأولى العلوية تملك ثلاث جنور ولا يمكن فتلها ولكننا نستطيع اجراء حركات دهليزية لسانية لقلعها.

آليات قلع الأسنان

إن شكل السن هو الدليل لاختيار الكلابه واجراء حركات القلع

- القواطع العلوية: شكل الجنر: في الثنية: جذرها مخروطي دائري مستقيم الرباعية: جنورها مخروطي صغير عادة ينحرف نحو الوحشي في منطقة الذروة.

العظم السنخي: رقيق في الدهليزي وسميك في اللساني



اختيار الكلابه: إن الكلابه 99

& 1 # هما لقلع القواطع العلوية

كما أن بعض الممارسين يستخدمون

الكلابه 150 # لقلع القواطع، فكي

الكلابه يجب أن ينطبقان على السن

تحت الحافة الحرة للثة شكل ١٥ - II

مع المحافظة على موازاة الكلابه

للمحور الطولي للسن، إن ضغط

مناسب نحو الذروة سوف يرسخ

الكلابه ويمزق الاتصال البشري

للسن.

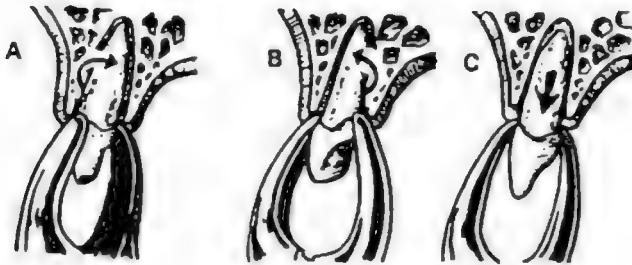
الشكل ١٤ - II مقطع طولي في النتوء السنخي
في الناحية القاطعة لاحظ فرق كثافة وسمكة العظم د.ل



الشكل ١٥ - II انطباق الكلابة 99 # على الثنية العلوية

أ - منظر ملاصق ب - منظر وجهي ج - منظر نزوي (منخفي)

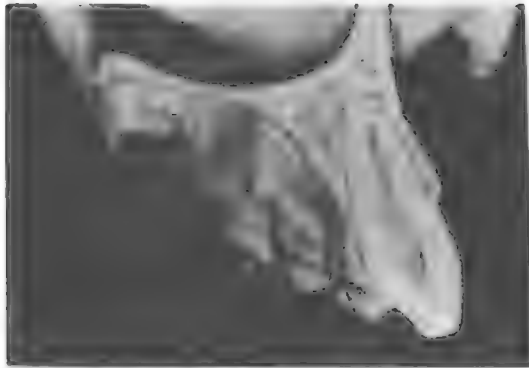
حركات القلع: إن الحركات الرئيسية للقواطع العلوية هي الدوران والسحب وهذا عائد لشكل الجذر المخروطي وعندما يكون هناك انحراف قليل نحو الوحشي في الرباعية نطبق قوة دورانية أقل مع قوة دهليزية حنكية أكثر.



الشكل ١٦ - II ملخص حركات القلع

أ - دوران للاتسي ب - دوران للوحشي ج - سحب

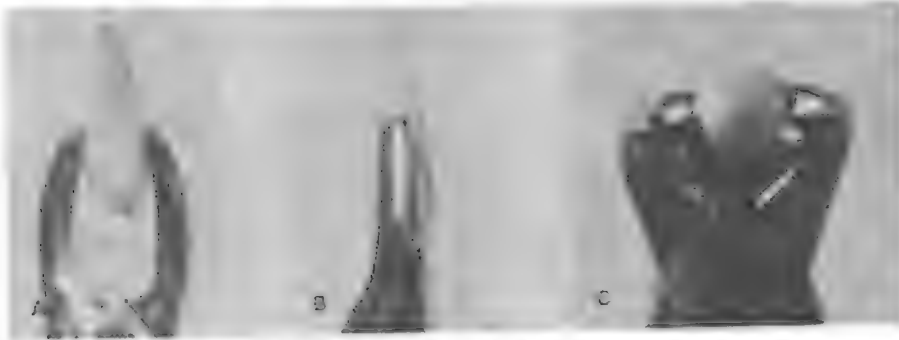
- الأنابيب العلوية: لها أطول الجنور بالنسبة لباقي الأسنان، ببيضوية الشكل مستعرضة دهليزي لسانى أكثر من أنسى وحشى، وهناك عادة انحناء وحشى للذروة، وبسبب بروز هذا السن فإن الصفيحة الدهليزية المغطية له تكون رقيقة وقابلة للكسر بسهولة.



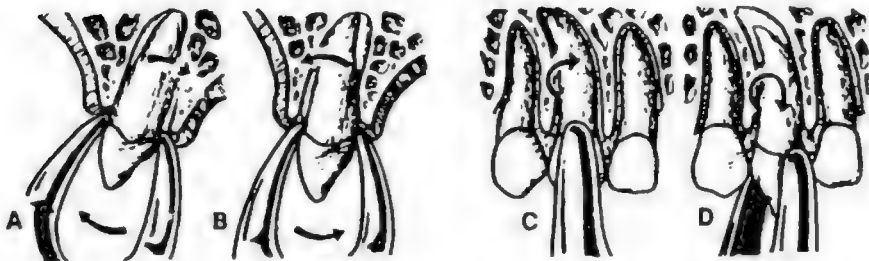
الشكل ١٧ - II مقطع عرضي في العظم السنخي العلوي.
لاحظ رقة العظم الدهليزي

اختيار الكلاب: إن الكلاب
150 عادة تتطبق بشكل جيد على
السن ومن المهم بالنسبة للممارس أن
يدخل الكلاب قدر المستطاع نحو
الذروة للحصول على فعل عتلي
أكبر.

حركات القلع: الحركات
الأساسية دوران مع حركات دهليزية
لسانية ولكن بسبب العرض اللساني
الدهليزي للجذر نشدد على الحركات
الدهليزية اللسانية أكثر من الدورانية
وإذا انكسرت الصفيحة الدهليزية أو الحنكية ولم تتفصل عن السمحاق فيمكن تركها مكانها.

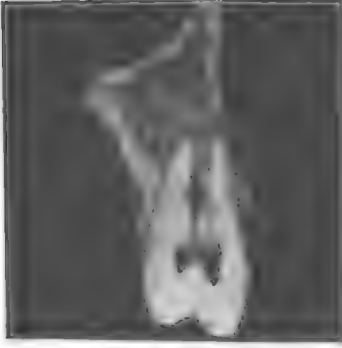


الشكل ١٨ - II انطبق الكلاب # 150 على الناب

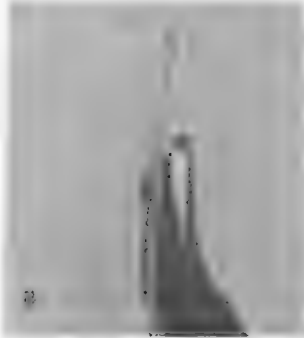
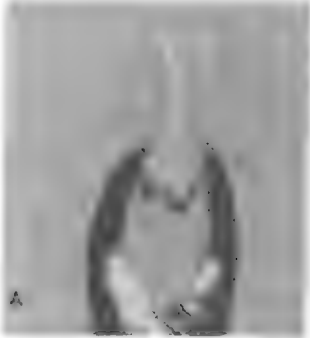


الشكل ١٩ - II ملخص قلع الناب العلوي ١ - دهليزي، ٢ - لساني، ٣ - دوراني، ٤ - جر
- الضاحكة الأولى العلوية: عادة ذات جذرين ينفصلان في النصف الذروي للجذر وللجذر
عادة انحناء وحشي وذات عظم مسنخي دهليزي أرق من العظم اللساني.

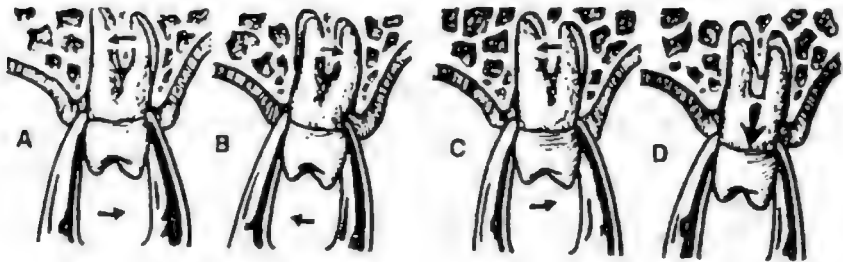
وان الكلابة 105 150A # تنطبق بشكل جيد عليها كما في الشكل (٢١ - II)



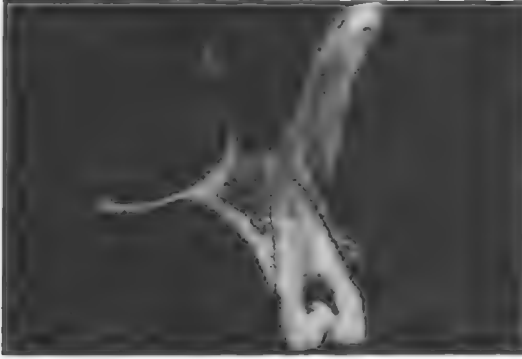
القلع: هذه السن الوحيدة التي تَقْلَع بحركة سحب فقط ولا يمكن فتحها كونها متشعبة الجذور كما أن الحركات الدهليزية اللسانية الزائدة تسبب كسر الفرى



الشكل ٢١ - II انطبق الكلابة على الضاحكة



الشكل ٢٢ - II ملخص حركات القلع - حركات دهليزية لسانية، - حركة جر مناسبة

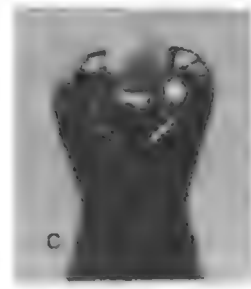
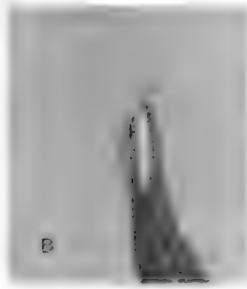
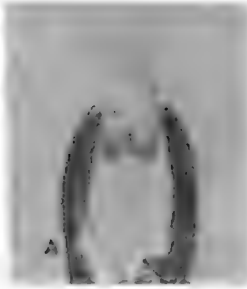


الشكل ٢٣ - II مقطع طولي
في العظم ناحية الضاحكة الثانية

الضاحكة الثانية العلوية:

وهي ذات جذر أكثف من جذر
الضاحكة الأولى ونادراً ما يكون
متشعباً لذلك فمن النادر أن تنكسر
الذروة وهي محاطة بعظم سنخي
رقيق من الدهليزي لذلك يجب
قلعها نحو الدهليزي

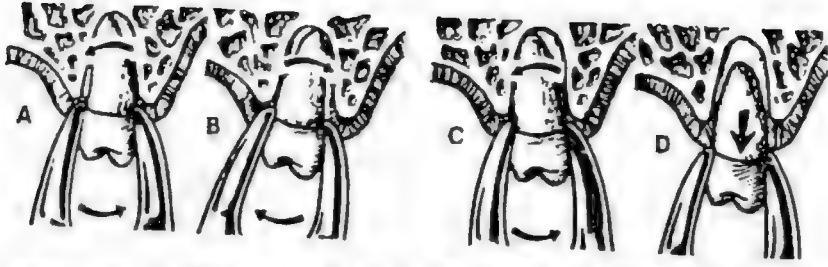
وتقلع كذلك بالكلاصات
150 - 150A # حيث تنطبق بشكل
جيد على هذا السن.



الشكل ٢٤ - II انطباق الكلاصة على الضاحكة الثانية

حركات القلع: الحركات الرئيسية دهليزية لسانية كما أن شكل الجذر البيضوي يسمح
بحركة دورانية بسيطة كما في الشكل (II-٢٥)

الرحى الأولى العلوية: وهي تملك ثلاث جذور الحنكي أكبرهم وهو مخروطي منحني عند
الذروة للدهليزي عادة أما الجذران الدهليزيان فعادة مانلان، وهما قابلان للانكسار عند القلع، وفي
بعض الأحيان تكون الجذور متشعبة بشدة تجعل القلع غير الجراحي صعب للغاية.



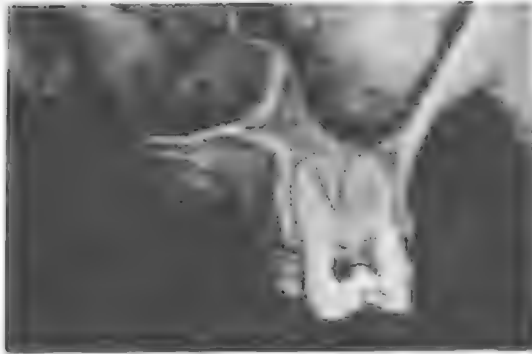
الشكل ٢٥ - II: حركات القلع الضاحكة الثانية العلوية حركة دهليزية، لسانية، جر



وهي ذات عظم سنخي رقيق دهليزيا ومتقرب، أما كثافة العظم السنخي من الناحية الحنكية فإنها متغيرة حسب موقع النتوء الحنكي وعادة تحوي بعض الحويصلات.

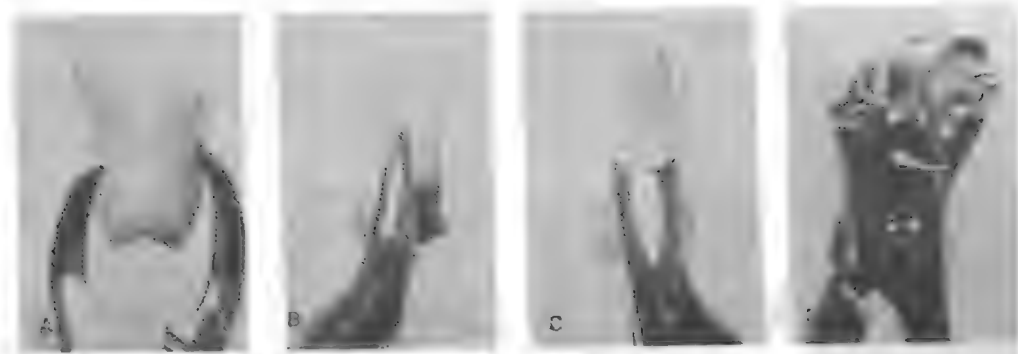
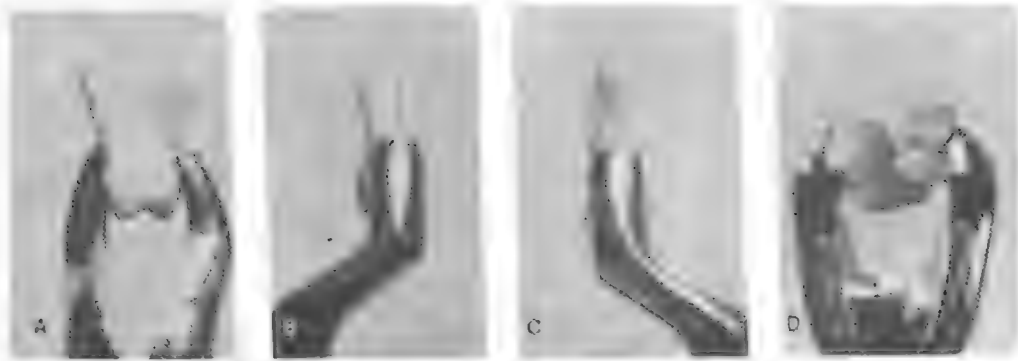
إختبار الكلاب: إذا كان السن سليم نستخدم R & L # 53 هذه الكلاب تنطبق على الجذر والنتاج.

وإذا كان متضرر بشدة نستخدم 90 - 89 # إذ أن هذه الكلاب تحصر السن وتدخل في منطقة تفرق الجنرين الدهليزيين وتنطبق على الجذر الحنكي السليم ولكنها ترض العظم والنسج اللينة المحيطة.



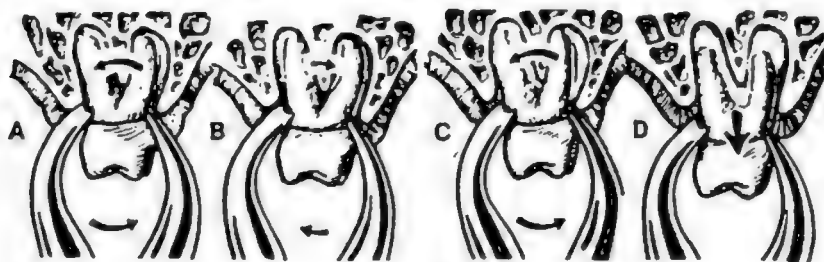
وإذا كان هناك ضياع متوسط أو شديد في عظم السنخ فبإمكاننا استخدام الكلاب 150 # التي لا تظهر فاعلية كلابات الأرحاء الأخرى لكنها مناسبة عند قلع الأرحاء الأولى العلوية التي تعاني من إصابة نسجها الداعمة

الشكل ٢٦ - II مقطع عرضي في السنخ العلوي يوضح تناسب العظم السنخي عند الرحي الأولى العلوية



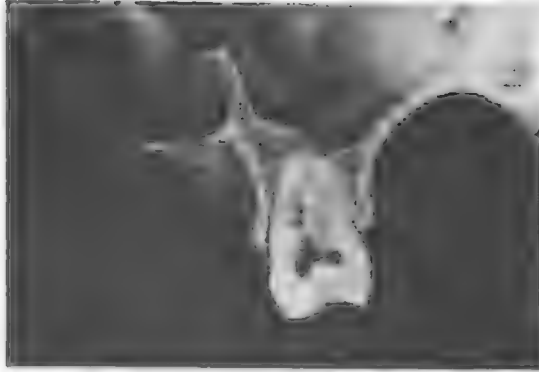
ب - اتطابق الكلابة ٩٠ - ٨٩ # ملاصق، دهليزي، حنكي، دروي.

حركات القلع: مهما كانت الكلابة المستخدمة فإن حركات القلع هي حركة دهليزية لسانية مع التشديد على الحركة الدهليزية والحركة الدورانية قليلة بسبب الجنور وقربها من الأسنان المجاورة، وإذا كانت السن قريبة من الجيب الفكّي فيجب إعلام المريض بخطورة انفتاح الجيب الفكّي إما إذا كانت قريبة جداً فيجب تجزئة السن ورفعها وإذا كان ملتصق نرفع شريحة ونجزء السن.



الشكل ٢٨ - II حركات قلع الرحى الأولى العلوية

١ - دهليزية قوية ب - حنكية خفيفة ج - دهليزية قوية د - حركة سحب



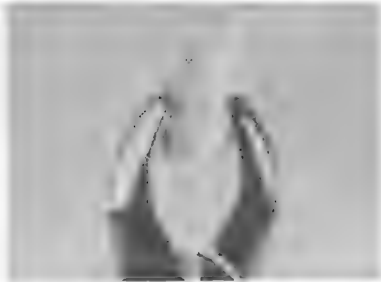
الشكل ٢٩ - II - مقطع طولي
في الفئوء السنخي يظهر نمبة كثافة العظم السنخي

الرحى الثانية العلوية:
ذات جذور مثل الرعى الأولى
ولكنها أقل تباعدا وقد تكون متحدة
مشكلة جذر مخروطي ضخم،
وهي ذات عظم سنخي رقيق في
الدليلزي أكثر من الحنكي.

اختيار الكلابة: إذا كانت
الجذور متشعبة نستعمل 89 - 90 #
أو 88 وإذا كانت الجذور متحدة
فإن الكلابة 53 تنطبق أفضل
وأحيانا يمكن استخدام الكلابة #

150

حركات القلع: نفسها مثل الرعى الأولى



الشكل ٣٠ - II - إن الكلابة S - 210
تنطبق بشكل جيد على الرعى الثلاثة

الرحى الثالثة العلوية: ذات جذور متغيرة
بشكل كبير عادة تكون متحدة وأحيانا تملك جذر
حنكي عريض والعظم السنخي الدليلزي أرق من
اللساني.

اختيار الكلابة: إن الكلابة S - 210 ممتازة
لها كونها قصيرة عريضة الفكين، مع انحناء
طويل للفكين يسمح بالوصول إلى السن الخلفية بسهولة كما يمكن إزالة هذه السن برافعات بوتس
potts كما يمكن استخدام الكلابة 150 #.

حركات القلع: الحركات الرئيسية دهليزية لسانية أما اتجاه القلع فهو دهليزي أو وحشي
ملاحظة: يجب الانتباه عند قلع هذه الرحى لأن كسر الذرى في هذه المنطقة يخلق صعوبة
كبيرة.



- الكلابات المستخدمة لإزالة الجذور المتبقية:

إذا كان التاج مفقود بسبب الرض أو النخر وبقيت
كمية كافية من السن لمسكها بالكلابة عندها لن نحتاج
لرفع شريحة، إما إذا بقي جذر منخور منهم فقد نحتاج
رفع شريحة صغيرة لإزالة الجذر.

حركات قلع الجذور: السحب واندوران مستعملين

الكلابة # 286

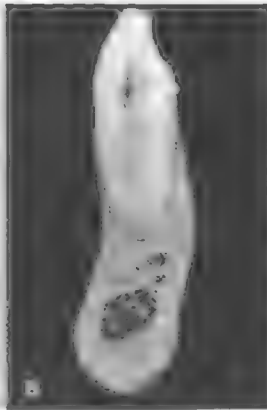
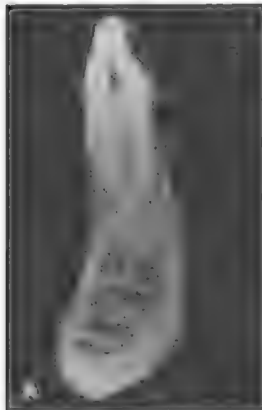
- إزالة الأسنان المؤقتة العلوية: عادة كل هذه

الأسنان تزال بالكلابة S - 150 #.

شكل ٣١ - II انطباق الكلاب S - 150

على الرحى الأولى العلوية المؤقتة

الحركات المستخدمة: ١ - ادخال الكلاب حول السن



٢ - حركة دهليزية، حركة

لسانية، حركة دورانية، حركة

دورانية معاكسة، حركة القلع سالكين

الاتجاه الأسهل.

ملاحظة: إذا كانت جذور

السن المؤقت تحيط ببرعم السن

الدائم فيجب تجزئة السند المؤقت كي

لا ترض البرعم.

القواطع والأنياب السفلية:

القواطع ذات جذر طويل ورفيع

وانكسارها وارد أما جذر الناب فهو

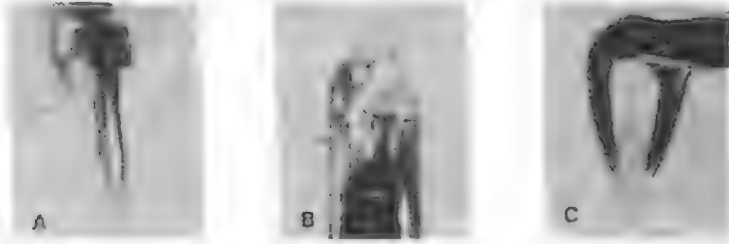
أكبر وأطول لذلك فهو أقل عرضة

للكسر

الشكل ٣٣ - II مقطع عرضي في الفك السفلي يرى كثافة

المنخ الدهليزية واللمتية أ - قواطع ب - أنياب

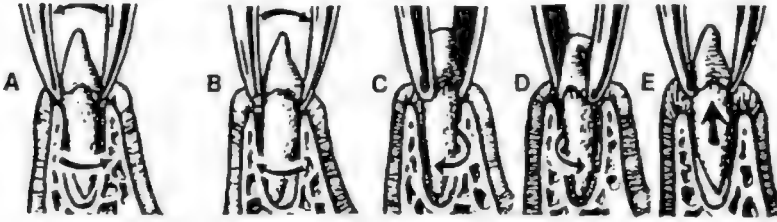
العظم السنخي: الناحية الدهليزية للقواطع والنااب رقيقة جدا.
كما قد يصادف عظم سنخي كثيف دهليزي النااب السفلي، أما الكلابة المستخدمة فهي
عديدة N - 74, 74, 203 #



الشكل ٣٤ - II انطباق الكلابة 74 على الأسنان الأمامية السفلية

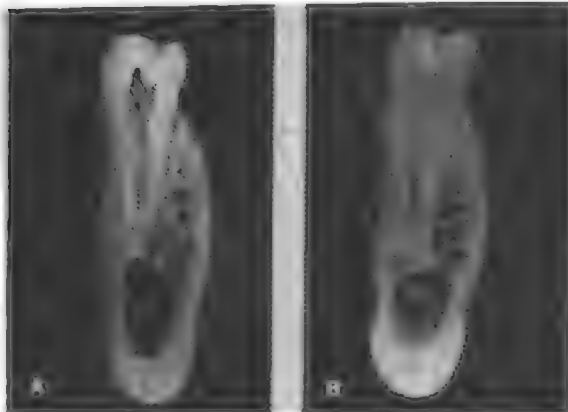
أ - منظر وجهي ب - منظر تروبي ج - منظر ملاحق

وهي مثالية كونها تملك زاوية قائمة متمفصلة مما يسهل انطباق الفكين بشكل موازي
للمحور الطولي للسن وإن هذه الكلابات يجب أن تضغط قدر الامكان نحو الجذر لانقاص احتمال
كسر الجذر، ويتم قلعها بحركات دهليزية لسانية مع بعض الدوران والجر.



الشكل ٣٥ - II حركات قلع الأسنان السفلية

أ - دهليزي ب - لستي ج - دوران أنسي د - دوران وحشي ه - جر



الشكل ٣٦ - II كثافة السنخ النسبية: أ - ضاحكة أولى ب - ضاحكة ثلثية

الضواحك

السفلية: ذات جذور

مخروطية تحيلة

مستقيمة قلما تكون

متشعبة، والعظم

السنخي عادة أرق في

الجهة الدهليزية

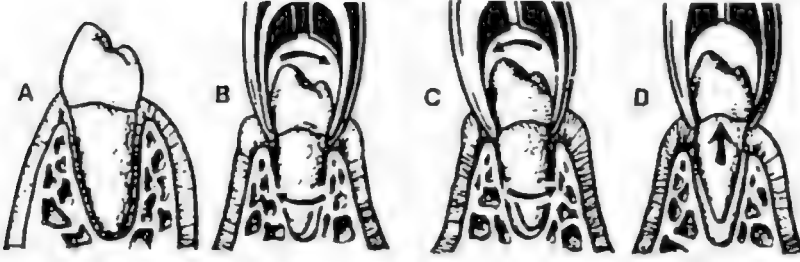
وإن الكلابات

151 - 151A

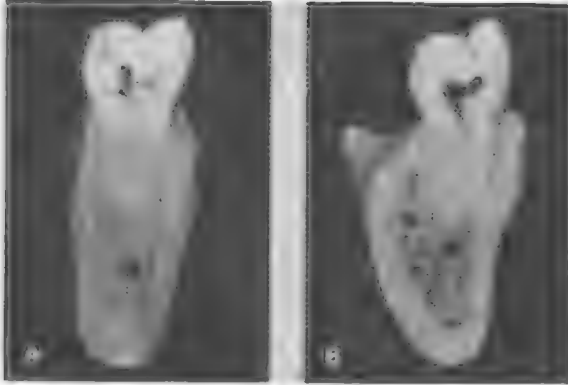
مخصصة لقلع

الضواحك وكذلك 74

حركات القلع: دهليزي، لساني، دوراني، سحب

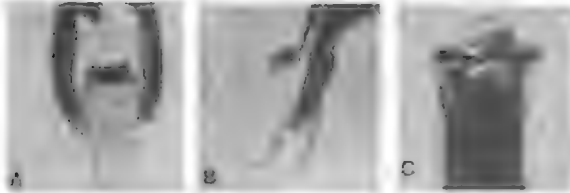


الشكل ٣٨ - II ملخص حركات قلع الضواحك



الشكل ٣٩ - II نسبة كثافة العظم السنخي أ - رحي أولى
ب - رحي ثانية لاحظ رقة العظم اللساني للرحى الثانية

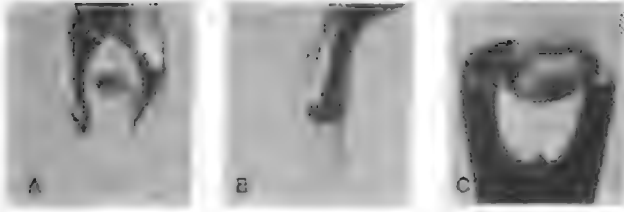
العظم السنخي: تتغير كثافة
العظم السنخي الدهليزي واللساني
تبعاً لموقع السن والحافة الضرسية
اللامية والخط المنحرف الظاهر وعادة يكونا في الرحي الأولى متساويين وقد يكون اللساني أرق
أما في الرحي الثانية فاللساني أرق عادة.



الشكل ٤٠ - II انطبق الكلاب 23 # على الرحي السفلية
أ - منظر ملاصق ب - منظر دهليزي ج - منظر نروي

الرحى الأولى والثانية
السفلية: جذور الرحي الأولى
متشعبة ومتباعدة الجذر الأنسي
رقيق بالاتجاه الأنسي الوحشي وهي
عرضة للكسر أكثر من الجذر
الوحشي، أما جذور الرحي الثانية
فهي أقل انفراج وأحياناً متحدة أو
حتى مخروطية.

اختيار الكلاب: إن الكلاب #
23 (كلاب كورن) مخصصة
للدخول في مفترق الجذور والكلاب
17 مخصصة لمسك التاج وتدخل
قليلاً في مفترق الجذور في الجذور
قليلة التباعد.

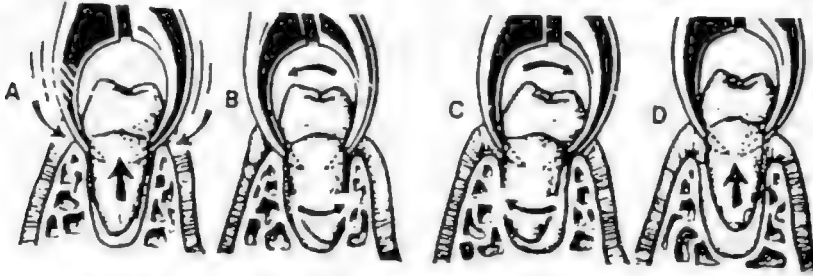


بعد انطباق الكلابة السليم
على عنق الرحى تضغط بالاتجاه
الذروي وهذا الضغط يساعد في
خروج السن من مكانها.

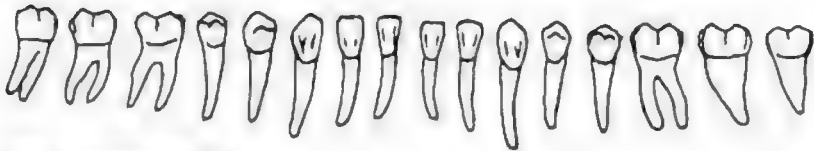
- وإذا احتجنا للحركات

إضافية فنلجأ للحركات الدهليزية
اللسانية مع التشديد بالاتجاه اللساني.

الشكل ٤١ - II انطباق الكلابة 17 # على الرحى الثانية الطوية
أ - منظر ملاصق ب - منظر جانبي ج - منظر ذروي



الشكل ٤٢ - II ملخص حركات القلع لإزالة الرحى الأولى والثانية السفلية



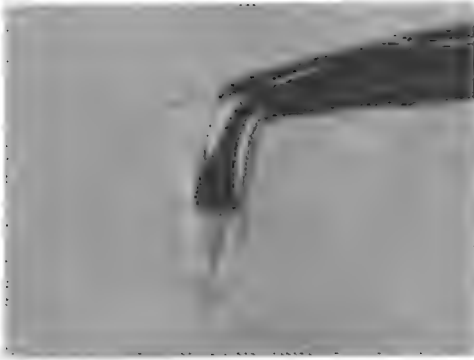
- الرحى الثالثة السفلية: ذات جذور متشعبة

مثل الرحى الأولى والثانية ولكنها قد تكون متحدة
بشكل مخروطي

ملاحظة: يجب اعطاء هذه الرحى انتباه

خاص أثناء القلع بسبب كثافة العظم المحيط بها
وصعوبة اخراج الذرى الباقية، وقلمها أصعب بكثير
مما يتخيل الممارس المبتدى

الشكل ٤٣ - II نمية كثافة العظم في
الدهليزي واللساني، لاحظ رقة العظم
اللساني في الرحى الثالثة السفلية



الشكل ٤٤ - II انطبق الكلابة 222 على الرحي الثلاثة السفلية

- اخراج الجنور السفلية المتبقية: عادة تزال بالكلابة 151 أو 74 أو N - 74 وبحركات قلع مشابهة لقلع الأسنان ذات الجنور المخروطية كذلك ممكن أن نستعمل الروافع مثل S - 43 أو 46 أو 31 - 30

- قلع الأسنان المؤقتة السفلية: عادة تعلق كل هذه الأسنان باستخدام الكلابة S - 151 # أما حركات القلع فهي دهليزية ثم لسانية ثم دهليزية أشد ثم لسانية أشد والقلع يسلك الممر الأسهل، ويمكن اللجوء للحركات الدورانية وفي حال وجود مقاومة لهذه الحركة فيجب أن تقلل لأقصى حد.

ملاحظة هامة: عندما لا تتحرك السن بالقوى العادية فمن البديهي أن نترك الكلابة جانباً ونقوم برفع شريحة ونزيل العظم الذي يمنع خروج السن وفي حال تعدد الجنور فإنها تُجزأ وتزال واحداً واحداً، وألا قد يحدث كسر في السنخ/لاتلجاً أبداً للقوى الزائدة/.

الفصل الثالث

الشرائع السمحاقية المخاطية

تستخدم من أجل المداخلة على العظم أو الجذور وبعد المداخلة يتم إعادة الشريحة لمكانها. الاستطابات: هناك فكرة خاطئة وهي أن يلجأ للشرائح فقط في الظروف الاستثنائية وإن العكس صحيح إذ يجب أن يلجأ للشريحة لأقل استطاب مفيد / قلع معقد، الدخول للعظم أو الجذور/ وفيمايلي تقدير القلع حسب المعطيات إذ اننا نبدأ القلع:

- ١ - ونحن واثقين بشكل كبير أن السن لا تحتاج لأكثر من الكلابة والروافع.
- ٢ - ونحن نعلم أنه قد نحتاج لرفع شريحة بسبب الاختلاطات الممكنة.
- ٣ - نبدأ أولاً برفع شريحة ثم نتدخل على السن. وهذه الحالات التي تستدعي رفع شريحة منذ البداية :

- الأسنان المضاعفة (الملتحمة).

- تصنيع السنخ

- إعادة وضع اللثة إلى مكانها

- إعادة تحديد العظم.

ملاحظة: إن المعرفة على رفع الشريحة هي عنصر أساسي من ممارسة طب الأسنان العام.

- مبادئ تصميم الشريحة: يجب أن تتمتع بالميزات التالية:

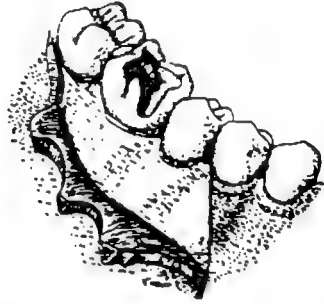
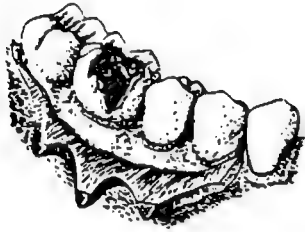
- ١ - قاعدة عريضة.
- ٢ - كبيرة بشكل كافٍ لتأمين مدخل للأدوات.
- ٣ - يمكن أن تعاد لمكانها وتخالط فوق عظم صلب.
- ٤ - يجب أن نبتعد عن البنى التشريحية المهمة كالأعصاب والأوعية الدموية الكبيرة.
- ٥ - سماكة كاملة تتناول (سمحاق - غشاء مخاطي).

- القاعدة العريضة: كون الغشاء المخاطي شديد التوعية فمن الممكن اجراء الشرائح بعدة أشكال مع ضمان وصول كمية من الدم إليها، كما أن الشرائح تتغذى من العظم التحتي لها، ولكن على كل حال يجب أن نتجنب صنع شرائح قاعدتها أضيق من حوافها القاطعة. إذ أن الشرائح

قليلة التروية تصاب بفقر دم موضعي وتتموت لذلك يجب الانتباه بدقة لشكل الشريحة كي نقلل مآمكن هذا الاحتمال، كما أن الشريحة يجب أن تكون كبيرة بحيث تؤمن حقن رؤية مناسب ومجال لاستعمال الأدوات إذ أن الأدوات تمزق الشريحة الصغيرة.

ملاحظة: إن الشريحة الكبيرة مثل الشريحة الصغيرة لأنها تلتئم من جهة لجهة وليست من النهاية للنهاية كما أن الألم التالي للعمل الجراحي لا يعود لحجم الشريحة بقدر ما يعود لكمية العظم المزالة ويقدر الطول الأنسي الوحشي للشريحة حسب الحاجة وحسب نوع الشريحة.

الشرائح الغمدية (الظرفية): تمتد هذه سن وحشي السن المصاب وسنين أنسي السن المصاب مثلاً إذا كانت الرحي الأولى مصابة ونريد إجراء شريحة فإنها تمتد من وحشي الرحي الثانية حتى الحليمة اللثوية أنسي الضاحك الأول وهكذا نكشف القنزعة العظمية فوق الرحي الأولى بشكل كافي لأي عمل جراحي عليها.



الشكل ١ - III شكل الشريحة الغمدية الشكل ٢ - III شريحة غمدية ذات شق لتخفيف التوتر

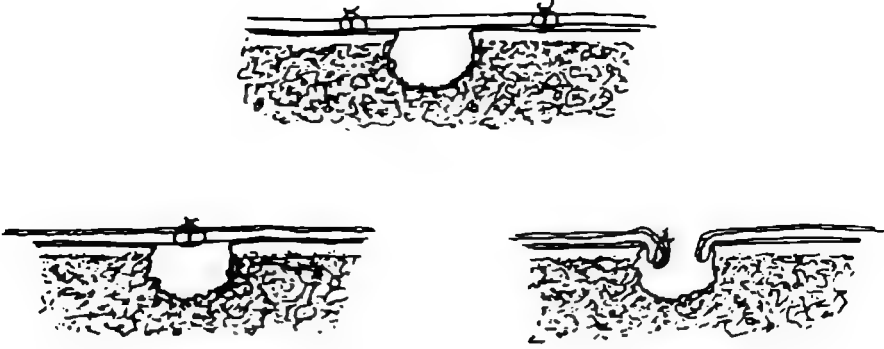
الشريحة الغمدية ذات الشق العمودي المخفف للتوتر: عندما نقوم بصنع شق عمودي أو أكثر فإن الشريحة تمتد سن وحشي و سن أنسي السن المصاب مع شمول الحليمة بين السنية ضمناً.

(ملاحظة: يجب ترك حليمة لثوية سليمة في أطراف الشريحة عند عمل شق عمودي (زاوية ٤٥°)).

- كما أن الشريحة يجب أن تعاد إلى مكانها وتخاط فوق عظم سسليم إذ أن إعادة الشريحة فوق حافة كافية من العظم السليم يسرع من معدل الشفاء ويقلص من احتمال انفتاح الجرح وكذلك تسهل عملية الخياطة.

(أطراف الشريحة فوق عظم سليم = الخياط فوق عظم سليم)

ملاحظة: إن خلاصة دراسة سابقة دعت إلى تكبير حجم الشرائح ولكن بقدر خبرتك الجراحية يمكن لك أن تتنبأ بحجم العظم اللازم إزالته وبالتالي يمكن تصغير حجم الشريحة كما ترى، ومن المهم أن تبتعد حافة الشريحة ٥ ملم عن حافة العظم المؤوف.



الشكل ٢ - III يجب أن تصمم الشريحة بحيث يمكن اعادتها فوق عظم سليم

أ - دعم عظمي كافي

ب - دعم عظيم غير كافي سوف يزيد من احتمال انفجاح الجرح ويزيد صعوب الخياطة

- تجنب البنى الشريحية: يجب أن نتجنب في شق شريحتنا تخريب البنى التشريحية لأن

اصابتها غير رادود

- في الفك السفلي الأورد يمكن إجراء شق مستمر من قمة النتوء المنقاري إلى الحافة الأمامية للرأء إلى قمة السنخ إلى قمة النتوء المنقاري من الجهة الثانية دون أن نصادف أي وعاء دموي رئيسي أو عصب ماعدا العصب الدهليزي الطويل والشريان المبوق (وهذين قد يصادفان عند إجراء شق عالي على الرأء) خلال هذه الجروح فإن السطح الدهليزي واللساني للفك السفلي يمكن أن تكشف، (قد تكون الثقبة الذقنية عند حافة السنخ عند الامتصاص الشديد).

ومن المهم عدم استعمال السنابل الجراحية أو المشروط قرب الرحى الثالثة من الناحية اللسانية بسبب وجود العصب اللساني الذي إذا تضرر يسبب فقدان حس دائم في الثلثين الأماميين للسان.

- إن شريحة غمدية مع شق عمودي /مخفف للتوتر/ أو أكثر ممتد دهليزيا في منطقة الضواحك قد يضرّ العصب والأوعية الذقنية وهذا قد يسبب فقدان الحس الدائم في نصف الشفة الموافق مع الملاحظة أنه يمكن إعادة الحس للمنطقة بواسطة تشعب الأعصاب المتممة للمنطقة والآتية من C₂ . C₃ والعصب الذقني المقابل.

- كذلك ان انزلاق المشروط عند صنع شق في الدهليز مقابل الرحى الثانية فإن الشريان أو الوريد الوجهيان سيتأذيان، هذه الأوعية تعبر من الحافة السفلية للفك في نقطة مطابقة للحافة الأمامية للعضلة الماضغة يفصلها عن عمق الميزاب الغشاء المخاطي والعضلة المبوقة وان النزف التالي يمكن السيطرة عليه بربط النهايات المقطوعة للأوعية النازفة، إذا كان هذا غير ممكن فبواسطة الضغط الطويل والمستمر والقوي ولتجنب الحوادث من هذا النوع فإن الشق الدهليزي في هذه المنطقة يجب أن يكون مباشرة صاعدا نحو قمة الحافة.

- البنى التشريحية الواجب تجنبها في الفك السفلي هي :

١ - العصب اللساني.

٢ - الشريان الوجهي.

٣ - العصب الذقني.

٤ - العصب الدهليزي الطويل.

٥ - الشريان المبوق.

- الشرائح في الفك العلوي: في الفك الأورد يبدأ الشق من الحدة الفكية في جانب حتى الحدة الفكية في الجانب الآخر مروراً فوق قمة السنخ وهذه لن تتأذى بأكثر من قطع الشعيرات وبذلك نضع شريحة حنكية تمكننا من التداخل إلى أي مكان حنكي ومن الدهليزي نستطيع الوصول حتى الحافة تحت الحجاج.

- عندما نرفع شريحة حنكية فيجب أن نتذكر الشريان الحنكي الكبير الذي يخرج من الثقبة الحنكية الكبيرة ويعبر إلى الامام ولكننا نستطيع أن نحدد مكان هذا الشريان بشكل تقريبي وذلك برسم خط منصف للمسافة بين حافة اللثة والخط المتوسط. علماً أن نزيف هذا الشريان قوي ولكن يمكن السيطرة عليه بالضغط الأصبعي أو بربطه. كما يجب أن نتجنب مرور الشق فوق الحليمة القاطعة وضرر العصب الأنفي الحنكي - وكما أن التركيب التشريحي الأهم الواجب تجنبه هو العصب الحنكي الكبير.

- مضاد استطباب الشق:

- فوق الحدة النابية: إن هذا الشق سوف يسبب خلل في الغشاء المخاطي كون العظم مثقب كثيراً هنا.

- تجنب إجراء شق عمودي في منطقة الثقبة الذقنية.

- تجنب إجراء شق عمودي حنكياً كي لا ترض أياً من العصب الكبير أو الشريان الكبير أو الوريد الكبير الحنكيين.

- تجنب الشقوق غير الضرورية فوق الحليمة القاطعة.

- تجنب الشقوق فوق الآفات العظمية إذ أن ذلك يسبب تأخر انئمال وتفتق الجروح.

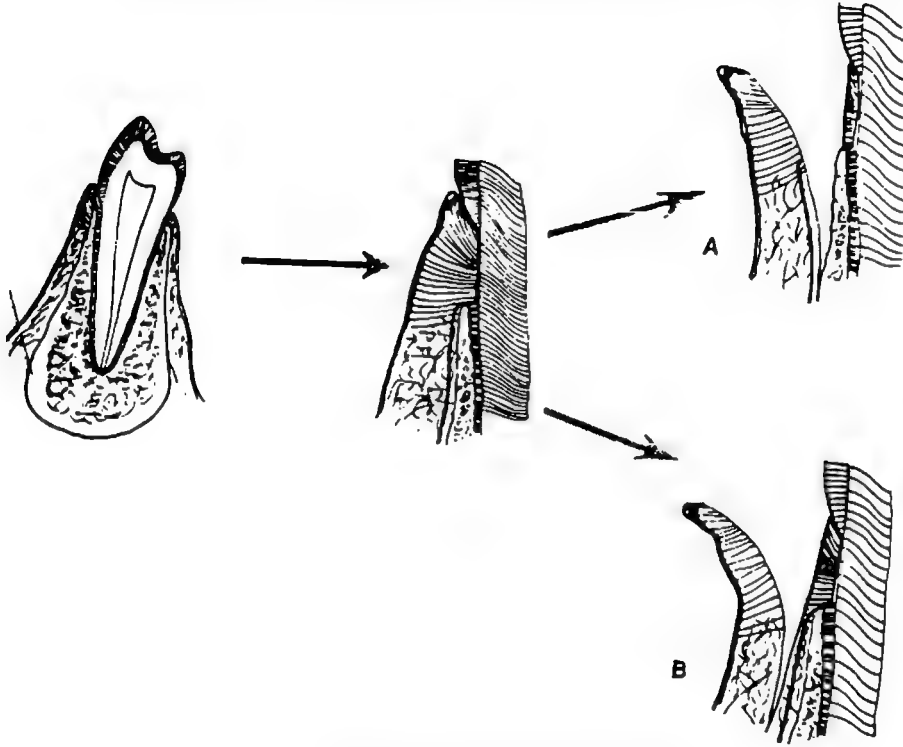
- تجنب صنع شقوق خلال الأجمة الرئيسية.

- تجنب إجراء شقوق عمودية على الجهة اللسانية للقوس السفلية

- الشرائح ذات السماكة الكاملة: وتشمل هذه على الغشاء المخاطي والسحق وهذه سهلة الصنع وتحمي السحق أحياناً نضطر إلى قطع السحق لنحصل على شريحة مرنة تمتد أكثر

لاغلاق جرح مثلاً حالات انفتاح الجيب الفكي وهنا يجب أن نتذكر إلى أنه يجب رفع اللثة الملتصقة أكثر باتجاه قمة السنخ.

- الشرائح ذات السماكة الجزئية: حيث يترك السمحاق ملتصق بالعظم والشق يصنع في الغشاء المخاطي الرقيق. إن هذه الشرائح تصنع عندما نزيد كمية اللثة الملتصقة من خلال أبعاد الشريحة ذروباً ويلجأ لهذه الشرائح كذلك عندما نقوم بالجراحة المركبة فموية وحول سنية.



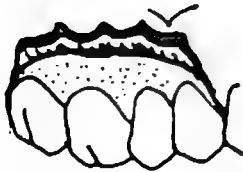
شكل ٤ - III سماكة الشريحة الجراحية

أ - شريحة كاملة السماكة

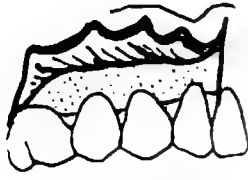
ب - شريحة ناقصة السماكة

تسمية الشرائح: إن التسميات التالية هي الأكثر شيوعاً لوصف الشرائح.

- الشرائح الغمدية: وهذه ذات سماكة كافية حيث نقوم بصنع شق أفقي يُعمل في الميزاب اللثوي بدون شق عمودي وهذه هي الأكثر شيوعاً لأغلب الإجراءات



شكل ٥ - III شريحة غمدية



شكل ٦ - III

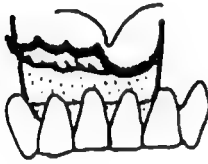
العلاجية إذ أنها ذات قاعدة عريضة وتغطي كل الحفرة العظمية ولكن هناك حذر بسيط من أن تشمل أي علانم تشريحية مهمة، وإذا احتجنا لمدخل كبير للعظم فيمكن أن نمد هذه الشريحة كما نحتاج أو أن شق عمودي في نهايتها سوف يفي بالغرض.

- تعديلات الشريحة الغمدية:



شكل ٧ - III

أ - شريحة ذات شق عمودي مرخي واحد وهي ثاني شريحة من حيث الانتشار ومن أفضل الشرائح لقلع الأسنان حيث نحتاج لمدخل كبير إلى مكان العمل مثل الجراحة قرب الذروة أو الأسنان المنطمرة عميقاً (شكل ٦ - III) (دائماً يفضل أن تكون بزاوية ٤٥° بدلاً من عمودية).



شكل ٨ - III

ب - شريحة غمدية ذات شقين عموديين مخفيين للتوتر عندما يضاف شقين عموديين للشريحة الغمدية فإنها تدعى الشريحة المستطيلة (شكل ٧ - III).



شكل ٩ - III

- الشريحة المنحنية (نصف الهلالية): حيث لا يشمل الميزاب اللثوي في الجراحة أنها تقع جزئياً في اللثة المتصقة وتمتد إلى الغشاء المخاطي، هذه الشريحة ذات سماكة كاملة وهي مثالية لمداواة الأسنان وكشف الذروة للأسنان صغيرة الجنور كما يجب أن تبتعد عن قعر الميزاب اللثوي ٢ ملم (شكل ٨ - III).

ملاحظة: يجب أن يُسبَر الرباط قبل إجراء الشق

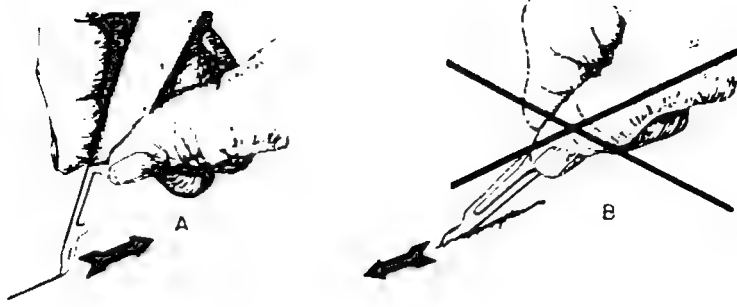
- الشريحة العنقية: وهذه شريحة طويلة قليلة العرض

تستخدم لتأمين تغطية نسيجية كاملة فوق الحفرة العظمية كما تستخدم في الجراحة حول السنية لتصحيح تراجع اللثة كذلك في الجراحة الفموية لإغلاق ناسور أنفي فموي، إن هذه الشريحة معرضة للتموت والرفض لذلك يجب أن تحوي تغذية دموية كافية لتغذية نسيج الشريحة حتى تعود إليه الدورة الدموية من العظم التحتي وبسبب قلة استعمال هذه الشريحة بشكل عام في الفم وبسبب وجود تقنيات لشرائح أفضل من هذه فلن نناقش هذه الشريحة أكثر من ذلك شكل (٩ - III).

- كيف نرفع شريحة سمحاقية مخاطية (ذات سماكة كاملة):

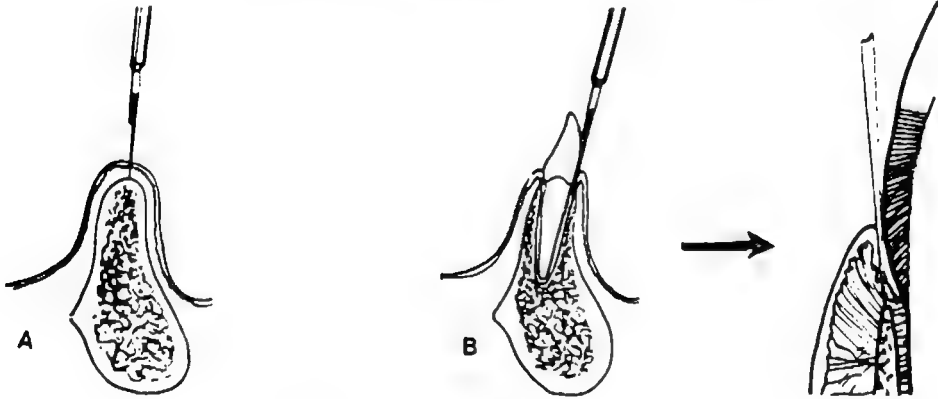
- مسكة المشروط: يمسك بمثل مسكة القلم وليست في راحة اليد، وإن المسكة الجيدة

ضرورية للحصول على فعل جيد للحد القاطع كما في الشكل ١٠ - III .



شكل ١٠ - III مسكة المشروط

- القطع: عندما نستخدم النصل رقم 15 # بزاوية مناسبة على السنخ والعظم مع ضغط مستمر عندها سوف نصنع ممر واحد نافذاً حتى العظم إذ ان الممرات المتعددة للنصل تؤدي لتلف حواف الجرح التي يجب أن تزال قبل الخياطة:
- في المناطق الدرداء يوضع المشروط بزاوية مناسبة على قمة السنخ.
- عند وجود الأسنان نضع شفرة المشروط في الميزاب اللثوي ونضغط حتى قمة العظم ويجب الانتباه لقطع الغشاء المخاطي والسحق عند أول مرة شكل ١١ - III .

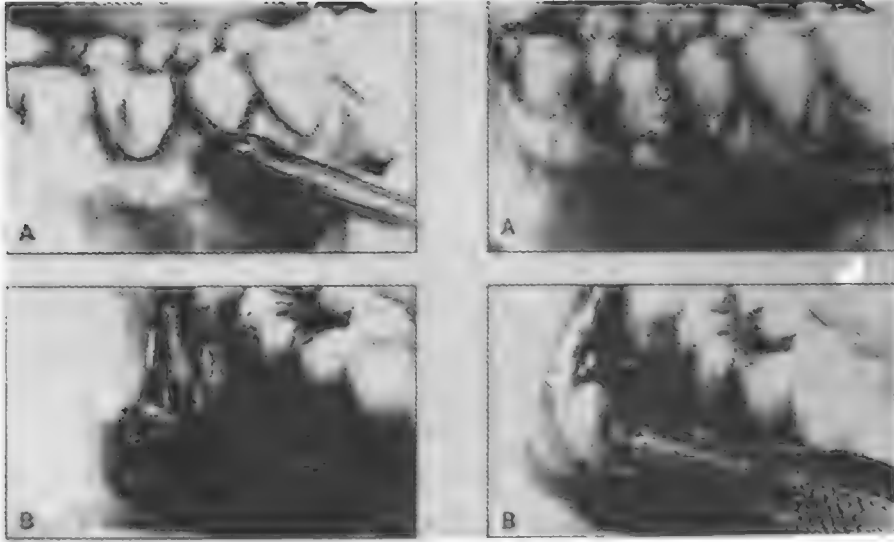


الشكل ١١ - III مقطع طولي يبين مكان القطع

أ - في حالة الدرد

ب - في حالة وجود الأسنان

- رفع الشريحة: نرفع الشريحة السمحاقية برافعة السمحاق نبتدي برفع الشريحة من الجهة الحادة للرافعة أولاً نرفع الحليمة بين سنية كي تتحرر من العظم الذي تحتها ثم نتابع بنفس الرأس للرافعة لتحرر اللثة الملتصقة بعد أن تتم هذه الخطوة على كل الطول المطلوب للشريحة نستعمل الرأس العريض للرافعة لرفع بقية اللثة والغشاء المخاطي إلى العمق المطلوب. شكل ١٢ - III



شكل ١٢ - III رفع شريحة ذات مسلكة كافية

أ - نبتدئ بالحافة الحادة للرافعة بين الأسنان

ب - نتابع بالرأس العريض لاتمام الشريحة

- أبعاد الشريحة: المبعديات أدوات صممت لابعاد الشريحة عن مكان العمل الجراحي بكل دقة نضع المبعدة التي نريدها تحت الشريحة (المبعدة نختارها حسب حجم الشريحة).

الشرائح الصغيرة: نستخدم روافع السمحاق كمبعديات

الشرائح الكبيرة: نستخدم minnesota أو فارابوف.

ملاحظة: لاتحاول شد الشريحة زيادة للحصول على مدخل أكبر للعظم بل وسعها بشقها بالمشروط ثم ترفع كالعادة.

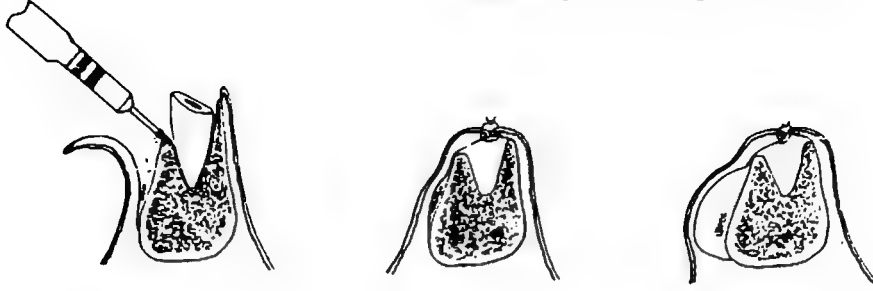
- اغلاق الجروح: أي جرح يجب أن يخاط بعد انتهاء العمل الجراحي كما يجب أن نعطي انتباه زائد لازالة كل الفضلات الجراحية من الجرح قبل خياطته ان حصر هذه الفضلات أو أي جراثيم أو لعاب فموي في الجرح يسبب زيادة الألم التالي للجراحة أو التهاب الجرح.

يجب أن يتبع العمل بغسيل غزير بالمصل الملحي أو الماء المقطر ثم فحص بشكل جيد بالعين المجردة مع اهتمام زائد إلى قعر الشريحة حيث تتجمع الرقاقت أو الشظايا العظمية أو اللحمية وإن الشكل ١٤ - III يوضح دور الفضلات في الالتئان وهذا الالتئان غالباً مايكون خطير لذلك يجب الانتباه للاقلال منه.

إن الهدف من خياطة الجروح هو:

١ - إعادة النسيج إلى مكانها الأصلي.

٢ - إزاحة أنسجة إلى الأماكن المرغوب فيها.



شكل ١٤ - III تطور الانتان التالي للجراحة الناجم عن الفضلات المحبوسة (الباقية)

في مكان الجراحة، اللون الأصفر يدل على القيح

الخيطة: القواعد العامة: يمسك الخيط النسيج في أماكنها دون ضغط أو شد وإذا كان الخيط مشدود قليلاً فإنه ميال لتمزيق الشريحة إذ أن الخيطة الشديدة تسبب:

١ - تقليل الدوران الدموي.

٢ - زيادة احتمال تمزيق الشريحة.

٣ - تمنع تصريف الانتان البسيط التالي للجراحة.

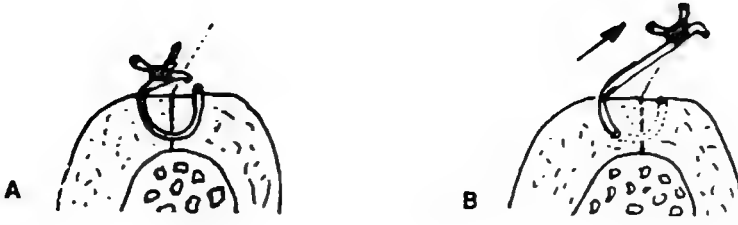
ملاحظة:

- إذا انقلبت النسيج المخاطة إلى لون أبيض أو أصبح لونها شاحبا بعد العقدة الأولى أو الثانية فهذا دليل أن العقدة مشدودة كثيراً.

- كما يجب أن لاتوقف النزف بالخيطة إذ ان النزف تحت السمحاقى يمكن أن يسبب ورم دموي وتورم في المنطقة، ان مصدر النزف ومسببه يجب أن يعالج قبل رد الشريحة وخطاقتها.

- تترك الخيطة داخل الفم مكانها ٤ - ٧ أيام والخيطة خارج الفم تترك مكانها ٣ - ٥ أيام، ان ابرة الخيطة يجب أن تمر من النسيج الحرة إلى النسيج الملتصقة وهذا يعني أن تعبر الابرة أولاً نسيج الشريحة ثم بعدها إلى حافة النسيج الملتصقة (التي لم ترفع) الموازية لحافة الشريحة. كما يجب أن تبعد الابرة ٣ ملم كحد أدنى عن حافة الشريحة.

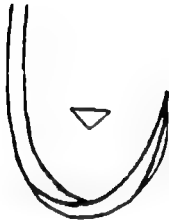
- تلويث الجروح يجب أن يكون في حده الأدنى أثناء نزع الخيطة: إن الجراثيم الفموية والفضلات تميل للتجمع حول وعلى الخيوط عندما تكون في الفم لذلك ان ادخال هذه الجراثيم إلى داخل الأنسجة اللينة أثناء نزع الخيطة يسبب انتان فيها لذلك يجب غسل منطقة الخيطة جيداً ثم نقطع الخيط بتماس النسيج تماماً ونسحبها من العقدة من الجهة الثانية ساحبين معنا أقل كمية من الجراثيم إلى ممر الخيط كما هو موضح في الشكل ١٥ - III.



الشكل ١٥ - III أ - قطع الخيط بتماس النسيج
ب - بعدها ينزع الخيط من الجهة الثانية

ملاحظة: عند نزع الخيط من الجرح يجب الضغط على الجرح مكان نزع الخيط كي لا ينفتح الجرح ثانية.

- أدوات الخياطة: الأبر: إن أفضل أبر للخياطة داخل الفم هي الصغيرة $\frac{8}{3}$ مع حافة قاطعة على الجهة الوحشية للأبرة وهذه الأبر تصنف بوصفة طبية وهذه الأبر مزودة بخيوط تتراوح بين ثلاثة أصفار (0.0.0) وأربعة (0.0.0.0) وزيادة عدد الأصفار يدل على صغر القطر. وعندما يكون هناك شد أو توتر قليل فإننا نفضل الأربعة أصفار.



شكل ١٦ - III أبر الخياطة داخل الفم لاحظ الحافة القاطعة من الحافة الداخلية المقعرة

- إن للحافة الوحشية القاطعة أهمية في الجراحة الفموية إذ

أن هذه الأبرة تبعد لنفسها مرأ بعيداً عن حافة الجرح مما يقلص من احتمال تمزيق القطب للشريحة خلال إزالتها.

- الخيوط وهناك نوعين: - مادة قابلة للامتصاص

- مادة غير قابلة للامتصاص

- المادة الغير قابلة للامتصاص: الخيط المجلول وهو مكون من ألياف عدة مجبولة على

شكل حبل للحصول على القطر المناسب، إن هذه الخيوط المجبولة تزيد من مرونة الخيط وتجعله ينحني بشكل جيد فوق مكان الجرح وبسبب هذه الميزة جعلت هذه النوعية هي المفضلة للخياطة داخل الفم، كما أن لهذه الخيوط من الناحية النظرية المقدرة على جر الجراثيم إلى داخل الجرح بالخاصة الشعرية كونها مؤلفة من عدة خيوط ولكن هذه الخاصة لاتلاحظ سريرياً.

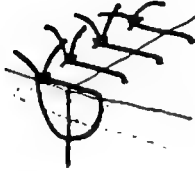
- الخيط المفرد: ليف واحد يشبه خيط صيد السمك النايلوني وهذا الخيط أقل مرونة وهو

نو نهاية حادة يمكن أن تتخس أو تخرش النسيج المجاورة مما يزيد من اضطراب المريض وقلقة. كما أن هذه الخيوط ذات ميل كبير للانفكاك.

- المادة القابلة للامتصاص: هذه مخصصة للقطب العميقة حيث من الصعب استرداد القطب مرة ثانية بعض الجراحون اقترحوا أن تستعمل داخل الفم والبعض يعتقد انها تقلل نسبة تلوث الجروح، تتلاشى هذه المادة ضمن النسيج بواسطة الانزيمات الحالة للبروتين الموجودة في النسيج

- ١ - كاتكوث+كاتكوث كوميك - ممتصة ولكنها ذات حافة حادة
٢ - vicrile: ممتصة بوقت أطول ولكنها لينة كالخيوط المجدولة

- طرق الخياطة: هناك ست طرق مختلفة تدخل في الجراحة الفموية:



الشكل ١٧ - III الخياطة المنقطعة



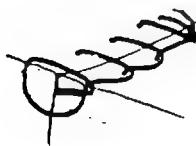
الشكل ١٨ - III الخياطة العمودية



الشكل ١٩ - III الخياطة الأفقية



الشكل ٢٠ - III الخياطة التجديدية المستمرة



الشكل ٢١ - III الخياطة التجديدية المعقودة المستمرة

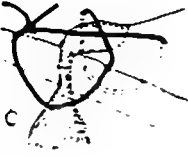
١ - الخياطة المنقطعة: تستخدم في أي مكان وهي الأكثر شيوعاً ولهذه الطريقة فائدة كبيرة حيث إذا انفكت إحدى القطب فإن البقية تبقى محافظة على النسيج مكانها.

٢ - الخياطة التجديدية العمودية: تستخدم عندما يراد زيادة التوتر أو الشد وهذه نادراً ما يلجأ لها داخل الفم تستخدم عندما يراد اغلاق النواشير الفموية الجيبية.

٣ - الخياطة التجديدية الأفقية: تستخدم عندما يكون هناك أكثر من سطحين دامين للجرح وهي ليست فعالة كالخياطة العمودية، على كل حال قد تؤدي لإغلاق أفضل للجروح من الخياطة المنقطعة، وهي تستخدم أكثر من العمودية في الجراحة داخل الفم لأن سماكة الشريحة لا تسمح بخياطة مضاعفة (على طبقتين) لحاشية قطع التروية الدموية عن حواف الشريحة.

٤ - الخياطة التجديدية المستمرة: تستخدم لإغلاق الجروح الطويلة وهي أسرع وسيلة لإغلاق هذه الجروح ولكن هذه الطريقة لا تقرب شفتي الجرح بشكل دقيق تماماً وإذا ما استخدمت داخل الفم فإنها معرضة للانفكاك بالكامل إذا لم تضبط العقدة بشكل جيد.

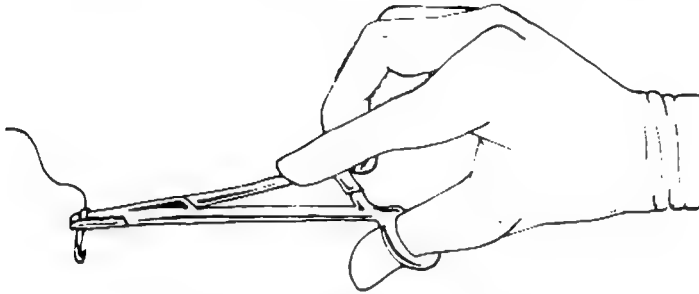
٥ - الخياطة التجديدية المعقودة المستمرة: كذلك تستخدم في الجروح الطويلة وهي أكثر دقة من الخياطة السابقة في تقريب شفتي الجرح وهي أقل احتمالاً للنفك إذا فكت من أحد طرفيها.



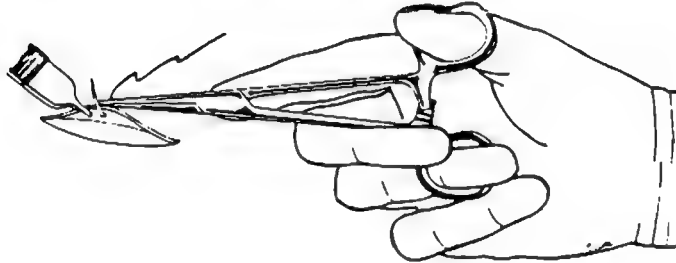
٦ - الخياطة على الشكل ثمانية: تستعمل لحفظ مواد داخل الجرح (كالجلغوم أو الشاش).

- كيفية إجراء الخياطة المتقطعة: إن الخياطة احدى

المهارات الأساسية التي يجب أن يتمتع بها طبيب الأسنان في أقل وقت ممكن. وهذه المهارة تحتاج لوقت كثير من التدريب. - الخطوة الأولى: واحدة في كافة أنواع الخياطة وهي ان يمسك حامل الابرة، الابهام والاصبع الثالث

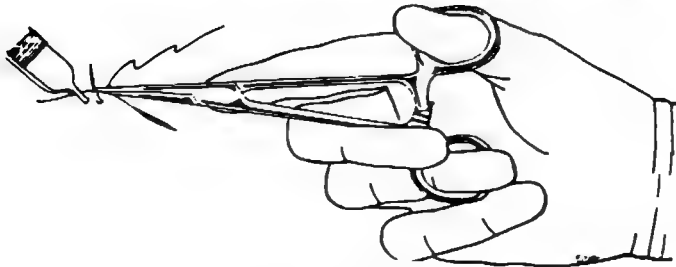


الشكل ٢٣ - III ممسك الحامل والابرة



الشكل ٢٤ - III

(الخارجية) باتجاه الناحية السمحاقية (الداخلية) مستخدمين حركة دائرية ثم نترك الابرة من الحامل ثم يعاد مسكها قرب نهايتها الحادة وتسحب بشكل كامل من النسيج المجاورة للشريحة.

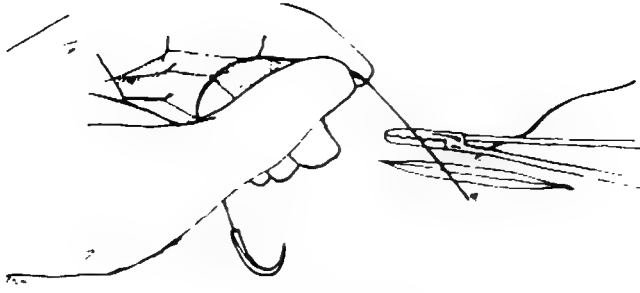


الشكل ٢٥ - III

(البنصر يوضعان في حلقات الحامل والسبابة تستخدم لتوجيه هذا الحامل والوسطى تستخدم لأجل آلية فتح الحامل نوضع الابرة على بعد ٤ ملم من نهاية الحامل وبزاوية المناسبة لها.

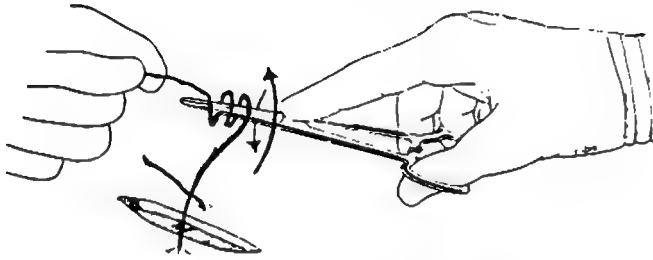
- الخطوة الثانية: تدعم النسيج غير المشمولة بالشريحة والمجاورة لها بملقط نسيج ثم نمرر الابرة على بعد ٣ ملم من حافة الجرح من الناحية المخاطية

- الخطوة الثالثة: هنا ندعم النسيج المرفوعة (الشريحة) بملقط النسيج وتدخل الابرة على بعد ٣ ملم من حافة الجرح من السمحاق باتجاه الغشاء المخاطي كما في الخطوة السابقة.



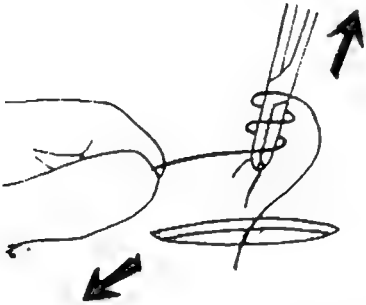
الشكل ٢٦ - III

- الخطوة الرابعة:
تسحب الإبرة مع الخيط
خارج النسيج تاركة
ورائها أنش واحد (٢ -
٣سم) بارز من الجهة
التي دخلت منها أول
مرة.



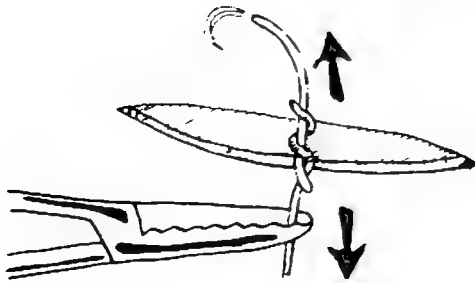
الشكل ٢٧ - III

- الخطوة الخامسة:
يلف الخيط مرتين حول
فكي حامل الإبر (عكس
عقارب الساعة)



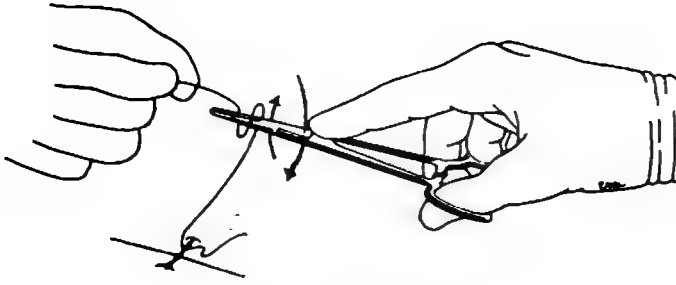
الشكل ٢٨ - III

- الخطوة السادسة:
نمسك القطعة الباقية
من الخيط في فكي
الكلابة ونسحبها ضمن
اللفتين اللتين لفناهما
حول فكي الحامل.



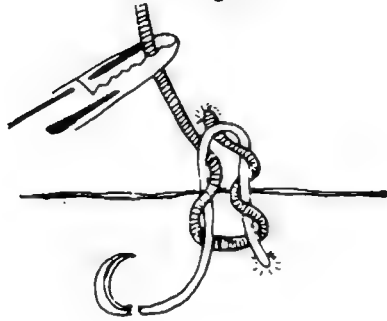
الشكل ٢٩ - III

- الخطوة السابعة: بانتهاء ماسبق نكون قد
أنجزنا عقدة نشد نهاية الخيط من جهة
وباقى الخيط من جهة ثانية لدرجة تكفي
فقط حتى تماس شفتي الجرح دون ضغط
على بعضهما (إن ابضااض حافة الجرح
يدل على الشد الزائد).



- الخطوة الثامنة:
عندها يمسك الخيط
ثانية ويلف لفة باتجاه
عقارب الساعة.

الشكل ٣٠ - III

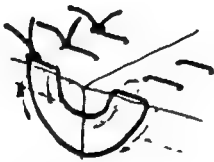


الشكل ٣١ - III

- الخطوة التاسعة: كما
في الخطوة السادسة،
النهاية القصيرة للخيط
تمسك بحامل الابر
وتُسحب من خلال
هذه اللفة الواحدة
وتُشد هذه العقدة
لضمان القطبة.

- الخطوة العاشرة: هنا نقطع نهايتي الخيط بواسطة مقص جراحي بعيدا عن العقدة حوالي ٤ ملم،
ان قطع نهايتي الخيط أقرب من ذلك إلى العقدة يعرضها للانفكاك.

- كيفية اجراء بقية الخياطات: إن بقية الخياطات التي تمت مناقشتها في هذا القسم يمكن
اتقانها سريعا بعد اتقان الخياطة المتقطعة.



الشكل ٣٢ - III

- الخياطة التجديدية العمودية: العروة
الصغيرة تصنع أولا ويشد الخيط قليلا وبعدها
نضع العروة الكبيرة ونربط كما في الخياطة
المتقطعة.



الشكل ٣٣ - III

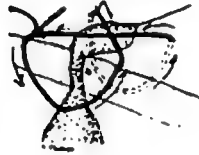
- الخياطة التجديدية الأفقية: العروة الأولى
تصنع كما في الخياطة المتقطعة وبعدها نصنع
العروة الثانية ونربط.



الشكل ٣٤ - III



الشكل ٣٥ - III



الشكل ٣٦ - III

- الخياطة التجديدية المستمرة: أولاً

نصنع عروة كما في الخياطة المتقطعة لكن دون قطعها ثم ندخل الابرة بشكل مائل عبر الجرح ونسحب الخيط وهكذا. ونربط نهاية الخيط بأخر قطبة.

- الخياطة التجديدية المعقودة المستمرة:

وهي مثل سابقتها إنما كل قطبة جديدة نلفها مع التي قبلها.

- الخياطة بشكل ثمانية: هذه تبتدى كما

في الخياطة المتقطعة ثم يعبر الخيط فوق الجيب أو الجرح ويدخل كما في الخياطة المتقطعة ثانية تتصالب مع العروة الأولى ثم تجمع النهايتان وتعقدان كالعادة.

الفصل الرابع

قلم الأسنان المعقد مع رفع شريحة

- قلع الجذور المكسورة

- قلع الذرى

- آليات فصل الارحاء العلوية مع - تاج سليم

- تاج متهدم

- آليات فصل الأرحاء السفلية مع - تاج سليم

- تاج متهدم

- قلع الاتياب بعد رفع العظم عنها

- قلع الضواحك السفلية الشاذة الوضع

- تعريف الجذر المكسور (المتشظى): هو الجذر الموجود منه أكثر من ثلثه الذروي وهو جذر موجود نتيجة نخر قديم أو كسر رضى أو أثناء تجزئى سابق للسن.

- تعريف الذروة: قسم من الجذر تشمل الثلث الذروي له ومادون وهي تتجم عن كسر الجذر أثناء القلع

ملاحظة: إن الخطوة الأولى أثناء إزالة بقايا الجذور هي تعديل وضع الكرسي وضوء العمل حتى نرى القسم المكسور سواء بالشكل المباشر أو غير المباشر.

- قلع الجذر المكسور: إذا كان الجزء الباقي كبير، عندها يمكن معاملته مثل أي قلع صعب آخر نستخدم الكلابات أو ترفع بالروافع المنحنية (المائلة) (34, 46, 301 #)

وقد نحتاج لرفع شريحة غمدية للحصول على منخل كافي للمرافقة أو الكلابة، وإذا كان الجذر ملتصق أو بصلي الشكل أو منخور بشدة فإنه قد نضطر لرفع شريحة أكبر ونزيل العظم حتى نصل للذروة.

- قلع الذرى: كما قلنا تنكسر أثناء قلع السن بقوة زائدة بواسطة الكلابة وهنا قد نشاهد الحالات السريرية:

١ - انكسار الذروة بعد قطع الرباط وتوسيع الجيب السنخي (وهذه أكثر الحالات مشاهدة) وهنا تكون الذروة غير ثابتة وتزال بسهولة باتباع التعليمات التالية:

أ - غسل السنخ بشدة بالمصل الملحي

ب - ضع القنطرة الجراحية مباشرة في الجيب السنخي إذ أنها أحياناً تسحب الذروة.

ج - اسبر السنخ بالمسبر أو بمبرد المداواة اللينة أو بالرافعات الذروية وحاول رفع الذروة.

د - إذا فشلت الوسائل السابقة فإن ماسيلي لن يفشل.

٢ - إذا انكسرت الذروة قبل قطع الرباط المحيط بها فإنها ستبقى ملتصقة مكانها ومن الصعب إزالتها إلا باتباع مايلي حسب الحالة:

أ - من أجل سن وحيد الجذر: نزيل العظم الدهليزي أو اللساني للحصول على مدخل للرافعة 301 #.

ب - من أجل الارحاء السفلية المتشعبة نزيل الحاجز العظمي بين الجنور بالسنايل ونزيل الذرى بالروافع 30 # أو 31 #

ج - من أجل الضاحكة الأولى العلوية والارحاء: إذا كانت حدود الجيب الفكّي بعيدة نزيل العظم بين الجنور ونستخدم الكلابة 301 #، لاستخدم قوى زائدة أو غير مضبوطة في هذه المنطقة.

ملاحظة: إذا كانت الذروة قريبة إلى الجيب الفكّي فيجب الانسبر الجيب أو نغسله بقوة ونحيل المريض إلى اختصاصي جراحة فكية.

٣ - إذا كانت الذرى بصلية الشكل أو متشظية محصورة بتضييق عظمي فإن إزالتها ستكون أكثر صعوبة خاصة إذا كانت متصلة بالرباط السني وهذا يستلزم:

أ - إزالة العظم اللساني أو الدهليزي للجيب العظمي، نحن نختار إزالة العظم بعد صنع الشريحة.

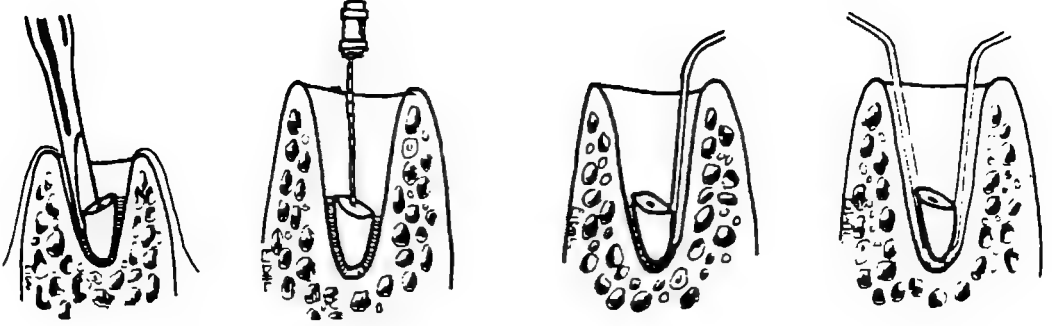
ب - نعمل شريحة منحنية ونحفر نافذة صغيرة كالتي نعملها عند قطع الذروة ونزيل الذروة من هذه النافذة ونلجأ لهذه الخطوة مالم نقم بالشريحة بعد.

- متى نترك الذروة: - إذا كانت قريبة للجيب الفكّي

- إذا كانت قريبة للقناة السنخية السنية السفلية

- إذا كانت إزالتها ستسبب ضرر كبير في العظم أو النسيج اللينة

ومن الجدير بالذكر إن هذه الحالات قليلة ويحاط المريض علماً بها (بشرط أن لا تكون مؤوفة أفة ذروية أو عفونة سابقة في السن)



الشكل ٤ - IV استخدام الرافعات الفروية والمبارد لإزالة الذرى

- آليات فصل الارحاء العلوية: الارحاء العلوية وخاصة الأولى منها تفصل جذورها وتقلع واحد واحد بسبب:

- ١ - لها ثلاث جذور كبيرة.
 - ٢ - إن جذورها متشعبة بشكل مثبت بالعظم
 - ٣ - أحيانا جذورها تكون قريبة جدا للجيب الفكى
- إذا لم تستطع قلع الرحى الأولى بقوة متوسطة بالكلاية أو إذا كان تقديرك قبل القلع أن الرحى متداخلة مع الجيب الفكى عندها يجب أن تجزأ الرحى وتزيلها جذرا جذرا وهكذا نقلل الجهد المحتمل على النتوء السنخي العلوي، ويقلل احتمال حدوث انتقاب فموي جيبي ويسهل القلع ويقلل احتمال انكسار السنخ.

- تحدد طرق الفصل اعتمادا على الضرر اللاحق بتاج السن:

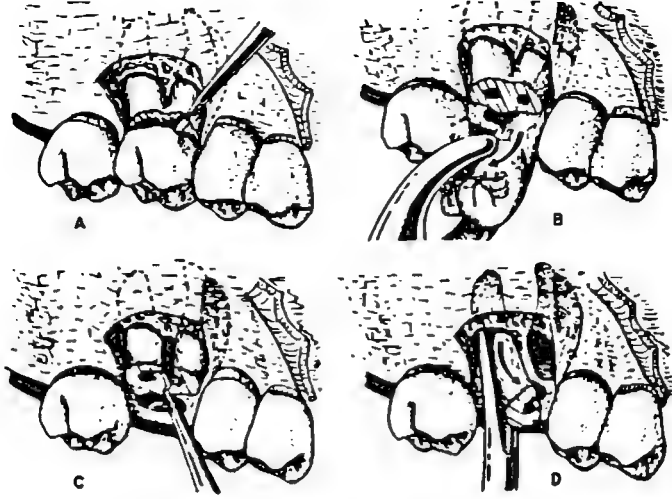
أ - تاج سليم أو مع نخر مينائي قليل:

- ١ - نرفع شريحة غمدية
- ٢ - نزيل الصفيحة العظيمة السنخية الدهليزية بالسنبلة حتى مفترق الجذور.
- ٣ - نقطع التاج على خط عنقه فاصلين الجذرين الدهليزيين عن التاج مع الجذر الحنكي
- ٤ - نزيل التاج مع الجذر الحنكي بالكلاية 150 # بنفس الطريقة المستخدمة لإزالة سن وحيد الجذر.

٥ - نفصل الجذرين الدهليزيين عن بعضهما بالسنبلة.

٦ - نرفع الجذرين الدهليزيين بالروافع 46, 34 أو بالكلاية 286 كما هو موضح بالشكل

IV - ٥



الشكل ٥ - IV تجزئة من بتاج سليم

أ - رفع شريحة وفصل الجذرين الدهليزيين ب - نزيل التاج مع الجذر الحنكي

ج - فصل الجذرين الباقين د - إزالة الجذرين الدهليزيين

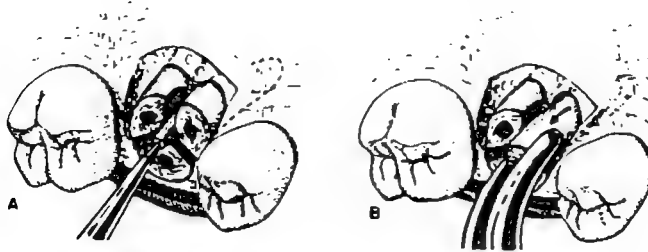
ب - إذا كان التاج متضرر بشكل كبير قرب خط العنق بسبب النخر أو حشوة كبيرة أو رض فإنه سوف ينكسر أثناء قلعه بالكلاية لذلك وجب اتباع التوصيات التالية للفصل:

١ - نرفع شريحة غمدية.

٢ - نزيل قليل من العظم الدهليزي.

٣ - أفصل الجذور الثلاثة في مفترق الجذور.

٤ - يقطع كل جذر لوحده أما بالكلايات أو بالرافعة المستقيمة كما في الشكل ٦ - IV



الشكل ٦ - IV أ - فصل الجذور بالسنبلة ب - قلع الجذور بالكلايات أو الروافع

• آليات فصل الارحاء السفلية: الارحاء السفلية تفصل وتقطع جذرا جذرا عندما تكون

١ - جذورها كبيرة للغاية

٢ - جذورها منحرفة تحت قمة السنخ

- إذا لم تستطع قلع رحي سفلية بقوة متوسطة أو إذا قدرت أن جذور هذه الرحي منشعبة بشكل كبير عندها

١ - القوة الزائدة المطبقة يمكن أن تؤذي المفصل الفكي الصدغي

٢ - كما أن هذه القوة قد تكسر الفك السفلي

٣ - القلع يمكن أن يكون صعب للطبيب أو المريض.

وكذلك هناك طريقتان لفصل الارحاء السفلية اعتمادا على الضرر اللاحق ٣ بتاج السن ٤

أ - تاج سليم أو مع نخر مينائي صغير:

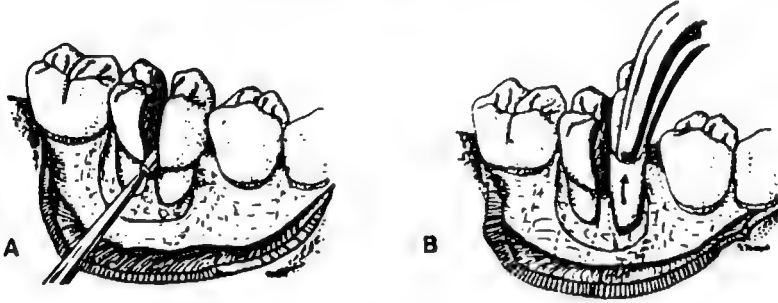
١ - نرفع شريحة غمدية

٢ - نقلل العظم الدهليزي بالسنبلة

٣ - نضع شق طولي في حجرة اللب تمتد من مفترق الجذور إلى الميزاب الدهليزي للتاج

٤ - نضع الرافعة في الشق الحاصل ونقتلها فاصلين السن إلى نصفين انسي ووحشي.

٥ - نزيل كل جذر على حدى بالرافعة أو بالكلاية 151 # شكل ٧ - IV



الشكل ٧ - IV تجزئة رحي سفلية ذات تاج سليم

ب - تاج متضرر: بسبب النخر أو الرض أو خشوة كبيرة سينة هنا يجب أن نلجأ لمائلي

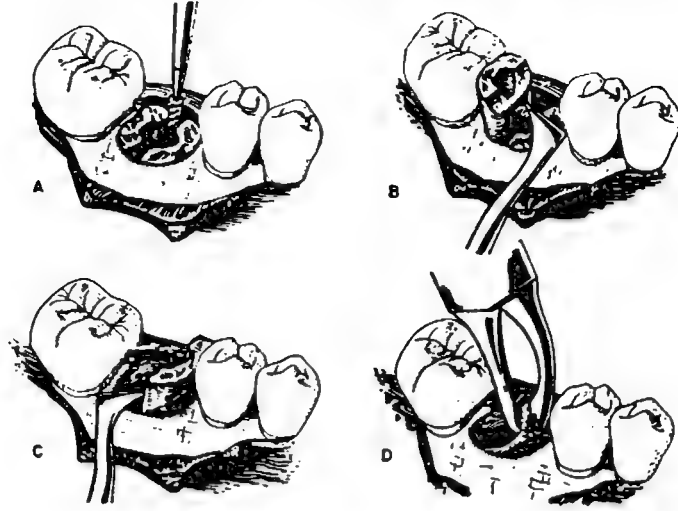
أ - نقطع ما تبقى من التاج باتجاه لساني دهليزي.

٢ - ندخل الرافعة 31 - 30 # مكان القطع حاصرين بذلك الجذر الوحشي.

٣ - بينما الرافعة تستند على الجذر الأنسي كنقطة ارتكاز نرفع بها الجذر الوحشي من مكانه.

٤ - استخدام الروافع 31 - 30 # (كراير) للجذر الأنسي واستخدام الصفيحة الدهليزية للسنخ كنقطة ارتكاز وارفع الجذر الأنسي.

٥ - الحاجز السنخي بين الجنرين يزال بواسطة مقراض عظم



الشكل ٨ - IV إجراءات فصل رص أولى مغلبية ذات تاج متضرر

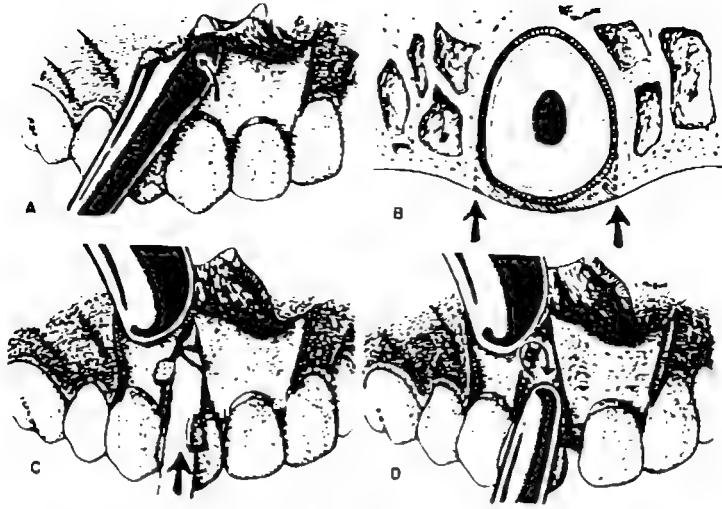
- قلع الناب بعد إزالة العظم: أن الاتياب من أكثر الأسنان صعوبة للقلع وخاصة العلوية منها لذلك يجب أن تُخْمَن هذه الأسنان بدقة قبل القلع إذا كنت تستطيع قلعها دون أن تنكسر الصفيحة الدهليزية للعظم أما إذا كان لديك شك بأنك تستطيع قلع الناب دون كسرها فيجب أن تلجأ للطرق الجراحية إذ أنها تزيل كمية من العظم أقل مما لو حدث الكسر، والأفضل أن تزيل العظم من الناحية الدهليزية حتى لو اضطررنا للوصول إلى منطقة الذروة.

إذ أن إزالة العظم الدهليزي لايسبب فقدان عظمي كبير بينما في الجهة الأخرى يحدث فقدان عظمي كبير أي عندما يحدث كسر غير مضبوط في العظم السنخي الدهليزي ويتم العمل وفقاً لمايلي:

١ - نرفع شريحة غمدية مع شق مخفف للتوتر

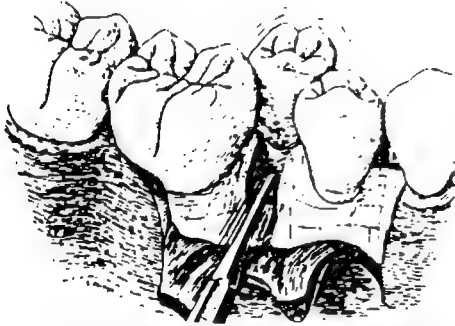
٢ - يزال العظم على كل عرض الناب مستخدمين الازميل أحادي الشطب

٣ - يزال السن باستخدام الكلابة 150 # شكل ٩ - IV



الشكل ٩ - IV أ - رفع شريحة ب - تحديد العظم الواجب نزع ج - إزالة العظم د - قلع الناب
- قلع الضواحك السفلية الشاذة التوضع

أحيانا توجد الضواحك السفلية بوضع لساني يتعذر بلوغها بالكلاية أو إن الكلاية ستسبب
أذى للأسنان المجاورة إن قلع هذه الأسنان يمكن أن يكون أسهل بكثير عند اتباع مايلي:
أ - نرفع شريحة غمدية



الشكل ١٠ - IV رفع ضاحك شاذ لسانيا

ب - نضع اخنود ضيق في قمة العظم
السنخي من الدهليزي حتى مستوى تحت خط
عنق الضاحك المراد قلعه ونضع ثقب في بنية
الضاحك في قعر هذا الاخنود.

ج - ادخل شفره رافعة صغيرة في
الثقب المحدث أو أي أداة مكسورة وقلقل
السن ثم ارفعه، تدعى هذه الآلية (آلية الأداة
المكسورة) كما في الشكل ١٠ - IV

الفصل الخامس

أذيات الأنسجة الرخوة

مقدمة: هناك ست أنواع من الأذيات أثناء الجراحة داخل الفم هي:

١ - تمزق الغشاء المخاطي.

٢ - الانتقابات.

٣ - الشقوق أو الجروح غير المقصودة.

٤ - الأذيات الحرارية.

٥ - أذيات السحل أو التمزق.

٦ - أذيات السحق.

١ - تمزق الغشاء المخاطي: وهي شائعة تحدث عندما تكون الشريحة صغيرة وتحتها مدخل صغير لساحة العمل ويتم الوقاية هنا بتوسيع الشريحة والمدخل لساحة العمل. كما أن الضغط غير المناسب على رافعة السمحاق يسبب تمزق الأنسجة الرخوة وهذا يمكن تجنبه برفع شريحة كاملة الثخانة أي تشمل السمحاق والغشاء المخاطي. المعالجة: إعادة خياطة الشق الحادث بدقة وتساعدنا التوعية الجيدة للفم بسرعة التأم جرحه.

٢ - الانتقابات: تحدث عند تطبيق قوى غير مضبوطة مثلاً عند انزلاق الرافعة 301 عند السن المراد قلعه فتتعب النسيج الرخوة، وعادة توجه القوى نحو الحنكي في الفك العلوي ونحو اللساني في الفك السفلي، كما أن هذه القوى توجه للخلف عادة لذلك عندما يحدث الانزلاق فإن الجدار البلعومي الجانبي أو النسيج الحنكي الخلفية عادة تتأذى.

الوقاية: تتم بالاستعمال الحذر للأدوات الحادة (استعمالها تحت السيطرة)

المعالجة: تشمل غسيل الجرح ومراقبة المريض يومياً حتى تشفى المنطقة، ولا حاجة للخياطة هنا كونها تمنع تفجير الجرح.

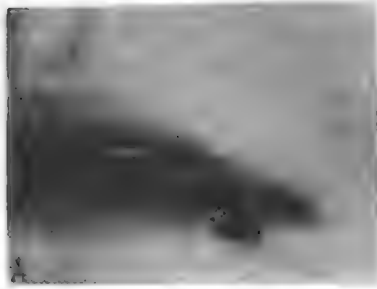
٣ - الجروح غير المقصودة: أحياناً عندما لا يكون الانتباه كافي فقد تؤذي الشفاه أو الخدين وأكثر ما نصيب الشفاه.

الوقاية: نستخدم عندما المشروط داخل الفم فيجب أن نتابع باهتمام بالغ شفرته الحادة عندما نلتقطه حتى نعيده للصينية.

المعالجة: عادة هذه الجروح تكون صغيرة جداً ولا تحتاج لخياطة وإذا كان عميق فيجب أن يخاط.

٤ - الأنبيات الحرارية: تعود لاستخدام أدوات ساخنة قد نشعر بها من خلال الكفوف المطاطية أنها دافئة.

الوقاية: تبقى الأدوات حتى تبرد قبل الاستعمال وإذا أردت استخدام الأداة سريعاً وهي حارة فيمكنك غمرها بالمصل الملحي البارد.



المعالجة: أما بدون أي شيء أو تضع بعض الغازلين.

٥ - أنبيات السحل والتمزق: تتضرر الشفاه والخدين من سنبل طويلة نواة قد تكشف البشرة عن الغشاء المخاطي وأحياناً جزء من نسيج الشفة كما في الشكل (١)

الوقاية: تكمن في أبعاد الشفة والخدين أثناء استخدام الأدوات الحادة الدوارة، كما يجب الانتباه بدقة لعلاقة السنبل بالانسجة المخاطية ضمن الفم.

الشكل (١): ننش قسم من الشفة بواسطة قبضة توربينية

٦ - أنبيات السحق: خلال عمليات القلع قد يشكو المريض ألم بعيد عند مكان القلع عادة تكون الشفة السفلية هي الضحية إذ أنها قد تمسك بالكلابة أثناء قلع الأسنان الخلفية العلوية وعادة لا تكون هذه المنطقة مشمولة بالتخدير في هذه القلوع لذلك ينذرنا المريض قبل حدوث مشكلة أكبر ولكن أحياناً تكون الشفة مخدرة فيمكن الكلابة تسبب ضرراً كبيراً للمريض قبل أن تنتبه أنت أو مريضك.

المعالجة: مسكنة فقط ولكن هذه الإصابة قد تكون مزعجة جداً للمريض وستجعله يتساعل إذا ماكنت حريصاً بما فيه الكفاية خلال الجراحة.

الفصل السادس

أذيات العظم والأسنان

مقدمة: إن انكسار الأسنان أو العظم المحيط لها تتجم عن استعمال قوى غير مناسبة للأدوات وعادة يمكن تقليل هذه المشاكل خلال دراسة الحالة سابقاً وتعديل خطة العمل.

- انكسار السنخ العلوي: قد يحدث أثناء قلع بعض الأسنان العلوية

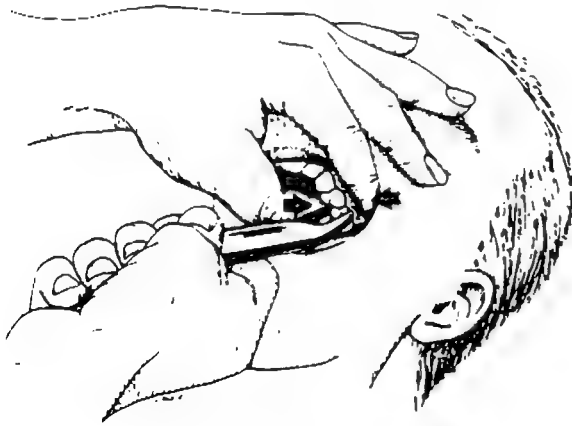
الوقاية: ١ - الفحص الشعاعي قبل العمل الجراحي

٢ - استخدام قوى تحت السيطرة أثناء القلع

٣ - دعم السنخ باليد الأخرى أثناء القلع

٤ - إزالة العظم الدهليزي وتجزئة السن.

- الفحص الشعاعي قبل العمل الجراحي: حيث أخطر المناطق هي الجيب الفكّي والحذبة الفكّية وستتم مناقشة مشاكل هذه المناطق في قسم لاحق من هذا الفصل.



الشكل (٢) مسكة السنخ العلوي

- استخدام قوى تحت

السيطرة: القوى الزائدة قد تكسر الجذر أو السنخ لذلك يجب أن تخلع السن أولاً ثم تزيد القوة لكي نخلع، وإن تحديد القوة اللازمة تأتي مع الخبرة.

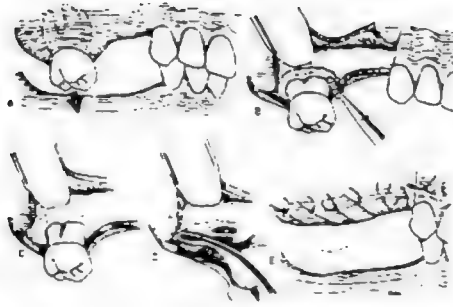
- دعم السنخ: إنه من

الحكمة أن ندعم السنخ عندما نطبق قوة بالكلاية أو بالرافعة إذ أننا نشعر بأي حركة غير طبيعية قد تسبق الكسر كما في

الشكل (٢)

- إزالة العظم الدهليزي وتجزئة السن: إن الشكل التالي يوضح إنه من الحكمة تجزئة السن

قبل قلعه وإزالة العظم الدهليزي لمنع انكسار السن أو العظم.

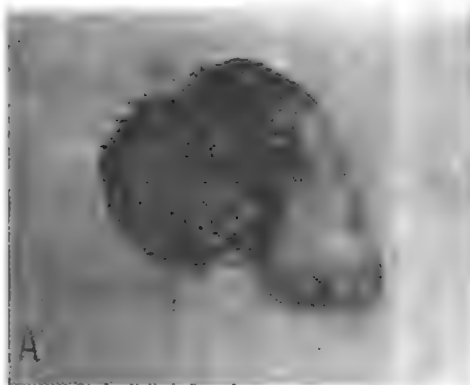


شكل (٤): منع انكسار الحذبة الفكّية أثناء قلع رحي علوية متطاولة وحيدة.
 ب + ج: رفع الشريحة وإزالة العظم الدهليزي
 د: إزالة العظم الزائد بمقراض العظم
 هـ: النسيج اللينة الزائدة نقص وتخاط الشريحة

المعالجة: إذا انقلع العظم تماماً من النسيج اللينة: عادة هنا من المتعذر اعادته فقط نعيد النسيج اللينة لمكانها ونخططها مكان ماكشف من عظم، وإذا كان هناك حافة عظيمة مسننة، تزال بمقراض العظم أو بمبرد، وإذا خرج قسم من أرض الجيب الفكّي العظمي ملتصقاً بذروة سن فيجب أن نخطط مكان القلع أولاً مع الانتباه لعدم سبر مكان القلع.

- إذا بقي العظم ملتصقاً بالسحق: نقوم بنزع السن عن العظم دون الحاق الأذى بالسحق أو جملته الوعائية وهذا يتطلب دقة أثناء رفع السن عن العظم أو تجزئة السن بالسنبلة، على أية حالة هذا لا يتطلب وضع شريحة فوق مكان الكسر تزال البقايا العظيمة الصغيرة وتعاد الكبيرة لمكانها وتدعم بالخياطة.

- انكسار الحذبة الفكّية العلوية: انكسار الحذبة يترافق عادة بانكسار الرحي الثالثة العلوية. إن رحي ثالثة أو ثانية علوية وحيدة ومتطاولة تشكل حالة خطيرة جداً وغالباً ما يحدث كسر الحذبة معها، ولكن يمكن منع هذا من الحدوث بأن تمسك السنخ خلال القلع أو نزيل العظم الدهليزي وإذا كان ضروري تقسم السن.



الشكل (٥) أ - انكسار الحذبة الفكّية المترافقة مع قلع رحي ثالثة
 ب - التصاق الرحي الثانية والثالثة بسبب انكسار شديد للحذبة الفكّية

المعالجة: إذا انكسرت الحذبة الفكّية فإن بعض التوصيات قد تكون مفيدة.

- إذا كانت الحركة قليلة والشظية صغيرة هنا يزال السن بعد فصله وتترك قطعة العظم متصلة بالسماح.

- إذا كان هناك كسر كبير وقوي، أوقف القلع وأعد موازنة السن.

- إذا كانت السن مقلوعة جزئياً أزل التاج وأترك الجذور مكانها ثم أزل الجذور بعد أن تنعم حركة الكسر وعادة يستغرق هذا ستة أسابيع.

- إذا كان هناك ضرورة ثبت السن فيلتحم الكسر.

ملاحظة: إن ضياع الحذبة الفكّية يشكل مشكلة كبيرة من وجهة نظر تعويض الأسنان.

جراحياً: من الممكن التعامل مع الكسر ورده بخياطة حواف الجرح أما الكسر الكبير الذي يسبب انفتاح الجيب الفكّي فإنه يسبب مشكلة كبيرة من الناحية التعويضية لا يمكن تعويضها كما أنه يسبب مشكلة جراحية أكثر تعقيداً وننصح بالإحالة لأخصائي.

انكسار الفك السفلي: أحد الاختلاطات الخطيرة الحادثة بسبب الإهمال وهو غالباً ما يحدث عند قلع الرحي الثالثة السفلية المنظرة عمودياً ومتوسطة العمق.

- الوقاية: إن الكسر يحدث نتيجة زيادة القوة المطبقة بالرافعة، لذلك يجب أن ننتبه للصورة الشعاعية جيداً، ولا نستخدم القوى الزائدة، إذ أنه من الحكمة عند إزالة المنظمرات عدم اللجوء لأي تقنية قلع أو تقسيم للسن من شأنها توسيع العظم لأجل تحريك السن، إذ يجب أن تدرك إن هذه المنطقة من الفك ذات قشرة كثيفة للسرخ، وكمية العظم الاسفنجي القابل للانضغاط قليلة. فإن من المفيد استعمال السنبلّة الجراحية أو الأزميل للحصول على مسافة مناسبة.

- المعالجة: روتينية بتثبيت الفكّين إلى بعضهما وإحالة المريض لأخصائي جراحة فموية.

ملاحظة: معالجة كسور الفك السفلي يجب أن تحال إلى جراح فم، وإذا لم تكن متمرس للعمل في هذه المنطقة فإن عدم الرد الجيد للفك السفلي يحدث مشاكل اطباقية خطيرة.

■ أنيآت الأسنان المجاورة: وتشمل

١ - القلع الجزئي

٢ - انكسار الحذبات أو الحافة القاطعة أو الترميمات

٣ - قلع سن بالخطأ.

- كن حذراً من فح الأسنان المترابكة: إن قلع سن بين سنين متراكبين يتطلب مهارة كبيرة

لأجل عدم أذية الأسنان المجاورة شكل (٦)



الشكل (٦) أ - رباعية سفلية متراكبة

ب - تطبيق الكلابة # ١٥١ لاحظ أن فكي الكلابة عريضين وسوف يضران بالأسنان المجاورة.

ج - تطبيق الكلابة # ٢٨٦ فكي الكلابة ضيقان ويسمحان بحركات لسانية دهليزية دون الضرر بالأسنان المجاورة.

١ - الانخلاع الجزئي للأسنان المجاورة: وهذا يعود إلى وضع الرافعة بمكان غير مناسب أو محاولة استخدام كلابات غير مناسبة.

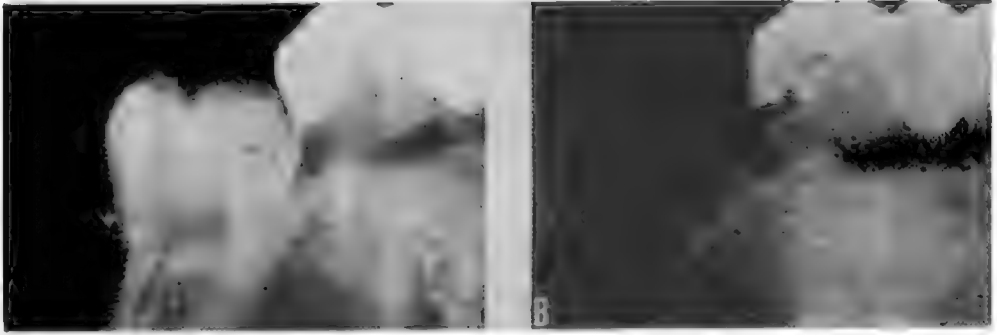
المعالجة: إذا انقلع السن فيجب أن يثبت بجبيرة أما سلكية أو اكريلية بعد أن يعاد لمكانه ثم يعالج ليواء، خلال التثبيت يجب أن لا يكون للسن تماس اطباقي مما يقلل الزئمة خلال الإلتئام.

- انكسار الحديبات أو الحافة القاطعة أو الحشوات:

من الممكن تجنب انكسار الحواف القاطعة، وعلى كل حالة تمثل كل من الحشوات الكبيرة والتيجان المتطاولة والحشوات المصبوبة كارثة تنتظر الحدوث، الأملغم عادة قليل التكثيف وإن مس أي حشوة أملغم كبيرة بقوة زائدة سوف يسبب فقدانها بالتأكيد.

الوقاية: انكسار الحديبات يحدث في الأسنان المجاورة التي تملك حشوات كبيرة خاصة الارحاء الثانية أثناء قلع الارحاء الثالثة المنطمرة، وهكذا يجب أن نتجنب وضع أي أداة بتماس هذه الحشوات كما يجب أن نتجنب قلع السن المجاورة واخراجها باتجاه هذه الحشوات كما أنه من المفضل أن ننبه المريض إلى احتمال انكسار هذه الحشوات أثناء العمل.

شكل (٨)



الشكل (٨): أ - صورة رحي ثلاثة منظرمة

ب - لاحظ إزاحة حشوة M.O.D على الرحي الثابتة

المعالجة: بعد حدوث كسر حذبة أو سن فيجب أن نضع حشوة مؤقتة مكان الكسر بعد اتمام الجراحة ويجب اعلام المريض بالمشكلة وخطة المعالجة لإعادة الحشوة، فإذا تحركت حشوة مصبوبة أو تاج فيمكن إعادة تثبيتها بعد اتمام الجراحة، وهنا يجب الانتباه لعدم سقوط الحشوة المؤقتة أو السمنت مكان السن المقلوعة كي لا تسبب التهابا.

٣ - قلع سن بالخطأ: عندما تقلع لمريضك الخاص فإنه من النادر حدوث هذه المشكلة كونك مسؤول عن خطة المعالجة، أما عندما تحيل مريضك لاختصاصي جراحة، ويحال إليك من اختصاصي تقويم فقد يكون هناك خطأ في الإحالة أو طريقة الاتصال مما يسبب هذه المشكلة.

الوقاية: في حال وجود أي شك لدى الطبيب يجب أن يتصل بالطبيب الذي أحال المريض إليه إن لم يكن قد علم السن بقلم لايزول باللعباب

المعالجة: يعاد السن إلى مكانه بالسرعة الممكنة ويثبت مكانه حتى يلتئم ويعالج لئلا ملاحظة: إذا قلعنا ضاحك خطأ في سياق معالجة تقويمية فيمكن اخبار طبيب التقويم الذي قد يستطيع تعديل خطة معالجته والتكيف مع هذا الخطأ.

■ الاختلاطات المرتبطة بقلع سن منفرد

- انكسار الجذر: إن انكسار الجذر أو النرى اختلاط وارد جدا في قلع الأسنان، ولاتزال كل النرى من مكانها.

الوقاية: إن الفحص الشعاعي يظهر الجذور الوارد انكسارها ويجب أن نحذر من الحالات التالية

١ - الجذور النحيلة.

٢ - الجذور المنحنية

٣ - الجذور المتشعبة

٤ - الجذور المتصقة (حيث لا ترى المسافة الرباطية في الأسنان)

٥ - الأسنان المتموتة

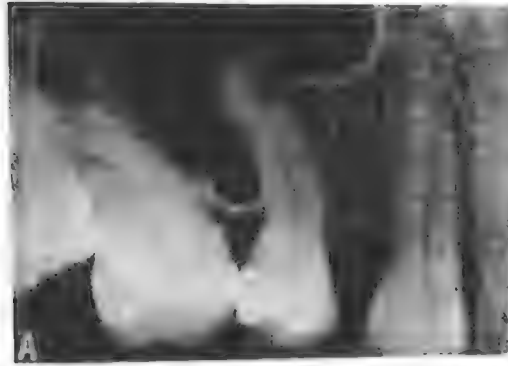
٦ - عظام السنخ الكثيفة.

- رغم أن الأسباب السابقة تزيد احتمال كسر الجذر وإنما السبب الرئيسي لانتكاس الجذر هو الاستعمال غير المناسب للكلايات أو الروافع.

ملاحظة: بعد قلع كل سن يجب أن ننظر إلى نروته ونتأكد أنها مازالت عليه.

إزاحة الأسنان:

- الأسنان أو الجذور التي تدفع للجيب الفكّي: وذلك خلال قلع الأسنان أو الجذور ويجب أن تكون حذرين مع الأرحاء الثالثة العلوية ذات الجذور المخروطية أو البازغة جزئياً عندما نريد قلع هذه السن بالكلاية فقد تنزلق الكلاية قانفة الرحى إلى الجيب الفكّي وإذا اعتقدت أنه هناك خطر من قلع السن بالكلاية فيجب أن تزال السن جراحيًا ويجب أن نعلم أنه من السهل جدا دفع الأسنان في الجيب الفكّي خاصة الجذر الحنكي للرحى الأولى العلوية

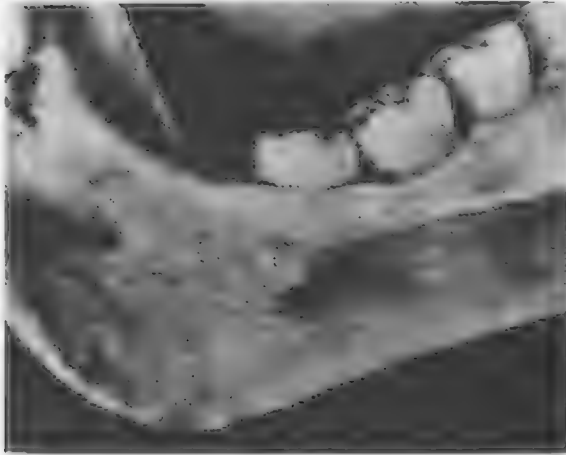


الشكل (٩) صورة لجذر مهياً جداً للدخول في الجيب الفكّي

- الوقاية: إن الفحص الدقيق قبل العمل الجراحي سوف ينبهك إلى احتمال دفع نروة الجذر إلى الجيب الفكّي كما أن الشكل المخروطي التي تأخذها الرحى الثالثة ورقة العظم في منطقة الحدة الفكّي تجعل من السهل تماماً دفع الرحى الثالثة في الجيب أو الحفرة تحت الصدغية ويجب إعلام المريض مسبقاً (قبل القلع) عن هذا الاحتمال. ويحدث انزلاق الرحى في الجيب عندما لا يوضع الجراح الرفاعة فوق المحيط الكبير للسن قبل تطبيق الضغط شكل (١٠)



الشكل (١٠): رحي ثالثة علوية مدفوعة
إلى المسافة الجناحية الفكية



الشكل (١١): السطح اللساني للفك السفلي لاحظ الثقب الموجود
في ناحية جذور الرحي الثالثة السفلية

المعالجة: إذا فقد الجذر عندها يكون في الجيب ولكن المداخلة الجراحية تَوجَل حتى تقوم بإجراء صورة شعاعية تثبت أن الجذر في الجيب وليست تحت السمحاق أو بين الغشاء المخاطي للجيب وبين العظم.

- ويجب أن لاتحاول اخراج الجذر الداخِل للجيب من فتحة القلع مكان الجذر لأن ذلك يزيد احتمال حدوث انتان في الجيب، وحدث ناسور قموي أنفي، يجب أن تغلق الجرح كما هو موضح في الصفحة وتحيل المريض لاختصاصي جراحة، وهذا سوف يعمد إلى إزالة السن من الحفرة النابية بعملية كولد ويلوك التي تقلل احتمال حدوث الناسور القموي الأنفي.

- السن أو الجذر المزاح إلى مسافات نسج لينة: إن العظم السنخي لسانِي الرحي الثالثة السفلية يكون عادة رقيق جدا وفي بعض الحالات يكون متقوب في الناحية الذروية للجذر متيح اتصال مباشر بين الذروة والمسافة تحت الفك وهذه يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند محاولة قلع الرحي الثالثة السفلية خاصة عندما نحاول تجزئتها بالازميل أو عندما يراد اخراج ذروة صغيرة، ولدينا حالات سقطت فيها الذروة إلى المسافة تحت الفك شكل (١١)

- الوقاية: عندما نحاول تجزئة رحي ثالثة منطمرة فإن وضع الأصبع لسانِي هذه الرحي يعطينا إنذار مبكر لمحاولة الذروة الخروج من العظم اللساني، والمشكلة الأكثر شيوعاً هي انزلاق

الذروة عبر الصفيحة اللسانية عند محاولة اخراج هذه الذروة، وعندما يكون العظم مفقوداً هنا فيبدو من المستحيل منع هذه المشكلة من الحدوث. لذلك يجب الحذر جيداً.

المعالجة: عندما تنزلق الذروة إلى المسافة تحت الفك تحت العضلة الضرسية الالامية، يجب أن تقيّم الحالة كاملة قبل محاولة القلع وإنه من الحكمة أن تتفق من عشرة إلى خمسة عشرة دقيقة محاولاً استردادها وذلك بجسّها ومحاولة دفعها إلى السنخ مرة أخرى، وإلا فيمكن اللجوء إلى شريحة سمحاقية مخاطية من قمة السنخ على الجهة اللسانية وتسحب الذروة بمجرّفة مقعرة، ومما يزيد سهولة العمل استخدام ضغط معاكس من خارج الفم فوق المنطقة المشمولة وذلك لمنع المزيد من انزلاق هذه الذروة.

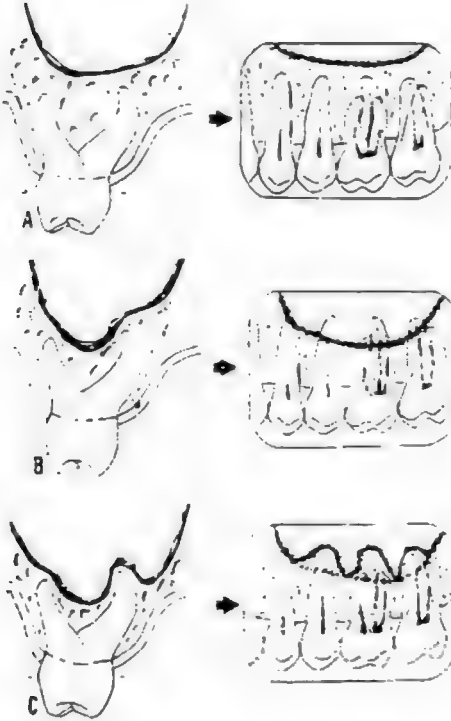
- ليس كل النرى في هذه المنطقة تزال بل يجب تقدير مدى ضررها من الفائدة من الزالتها، مع اعلام المريض إذا تركنا الذروة مكانها إذ أن العمليات صعبة في هذه المنطقة.

الفصل السابع

بعض الاختلاطات داخل الفموية الأخرى

- الاختلاطات المتعلقة بالجيب الفكّي: انفتاح الجيب الفكّي: إن الجيب الفكّي قريب جدا ومرتببط بشدة مع جذور الأسنان الخلفية العلوية /شكل ١٢/ وإن التصوير الشعاعي قبل العمل الجراحي يمكن أن يوضح علاقة الجيب بالجذور، وعندما تكون الجذور بارزة ضمن الجيب فإن اتصال فموي جيبي عادة يتلو عملية القلع /شكل ١٣/.

الشكل (١٢): صورة شعاعية لتقدير علاقة
الرحى الأولى بالنسبة للجيب



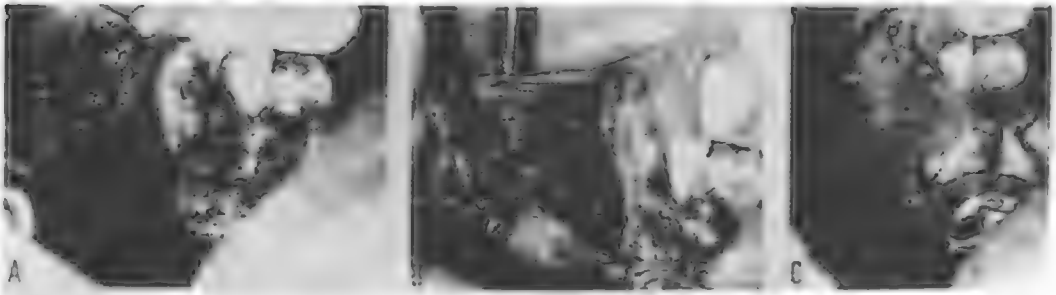
الشكل (١٣): قاع الجيب
ملتصق بالرحى الأولى العلوية المقنوعة

- بعض المؤلفين يقترحون سبر قاع الفراغ مكان القلع لتحديد إذا كان هناك انفتاح للجيب ولكن هذه الطريقة قد تحمل بعض الجراثيم إلى الجيب، أو أن تحدث انتقاب في الجيب حتى، وإن أفضل أسلوبه هو اختبار النفخ من الأنف حيث يغلق الأنف ويرفع الضغط داخل الأنف حيث يمكن سماع صغير خفيف مثل خروج هواء من ثقب، (أو تشاهد فقاعات هوائية مكان القلع).

- إذا ثبت انتقاب الجيب فيجب أن نحدد مقدار هذا الثقب: إذا كان مليمترين أو أقل فإن الإغلاق الجراحي ليس ضروري فقط يغلق بخثرة دموية ثم تتعشى هذه الخثرة، ويجب أن يعطى المريض توصيات كافية للحفاظ على هذه الخثرة مكانها ويحذر المريض من رفع الضغط داخل الجيب وذلك بالنفخ من الأنف أو العطاس أو انخفاض الضغط في الفم مثل الامتصاص بالشلمون أو التدخين.

- ولمنع حدوث التهاب الجيب يجب اعطاء المضادات الحيوية مثل (Penicillin-V) لمدة خمسة أيام بالإضافة لاستعمال بخاخ (SPRAY) مضاد للاحتقان وبخه في فتحة الأنف المناسبة كل أربع ساعات كي نحفظ العظم بشكل جيد ونشجع التصريف الطبيعي للجيب (يمكن اعطاء مضاد احتقان عادي مستعمل للرشح).

- إذا كان أكبر من ٢ ملم وتبين أن الخثرة لن تبقى مكانها فإن الشريحة الجراحية ضرورية (شكل ١٤) إذ أن الشريحة مخططة لتضمن المنطقة الجراحية، ومن الضروري تخفيف العظم الدهليزي حتى تقترب الشريحة من النسيج الحنكية ولزيادة مرونة الشريحة السمحاقية المخاطية يجب أن يقطع السمحاق قرب قاعدة الشريحة (قرب العظم) لكي نحصل على تطاول أكبر بالشريحة وتخطط. وتوصف المضادات الحيوية ومضادات الازمة والمسكنات.



شكل ١٤: آلية الإغلاق الفوري للاتصال الفموي الجيبي

أ - الاتصال في قاعدة الجنر الوحشي الدهليزي للرحى الأولى العلوية

ب - رفع الشريحة

ج - اعادة خياطتها

● الناسور الفموي الجيبي: كما أوضح (SHIRA) ١٩٧٢ معظم الجيوب السنخية التي تنتقب على الجيب الفكّي سوف تشفى تلقائياً، وإذا كان هناك التهاب جيبي حاد أو مزمن أو اتسع الاتصال بين الفم والجيب فقد يتطور لدينا ناسور فموي جيبي (شكل ١٥) وهذا الناسور يجب أن يغلق.



شكل ١٥: نمسور قموي جيبي مزمن
في ناحية الرحي الثانية العلوية

- المعالجة: الخطوة الأولى
تنظيف الجيب من الاتان وهذه تكون
بغسيل الجيب وتأمين تقجير له
والغطية بالصادات، وإذا لم يستجيب
الالتهاب للمعالجة المحافظة، فسوف
يكون من الضروري للجوء لعملية
كولديلووك حيث ندخل الجيب عن
طريق الحفر النابية، ويزال الغشاء
المخاطي الملتهب ونجري فتحة
إضافية بين الجيب والأنف من أجل
التقجير الجيد.

بعد زوال الالتهاب فمن الواجب اغلاق الناسور القموي الجيبي وعدة طرق اقترحت لأجل
ذلك وأفضلها استخدام الشرائح الدهليزية المخصصة في الشكل ١٤ ولكن عندما نريد جر الشريحة
فوق المنطقة المصابة فيجب أن نزيل قسم من الارتفاع السنخي الدهليزي في منطقة الآفة ولكن
إذا أدى هذا إلى مشاكل تعويضية كبيرة فمن الأفضل جر شريحة حنكية لتغطية الآفة. طبعا في
كل من هذه الأعمال يغطي المريض بالصادات الحيوية ومضادات الاحتقان.

● أنبات المفصل الفكّي الصدغي:

١ - الرض: إن رض محافظة المفصل تتجم عن التثبيت السيء للفك السفلي أثناء القلع
وحيث لا يكون هناك دعم كافٍ تجاه القوى الجانبية المستخدمة عادة أثناء القلع وكل القوى
المستخدمة في القلع تنقل مباشرة إلى محافظة الفك السفلي ولحسن الحظ سوف يشعر المريض بالألم
في المفصل إذا كان التثبيت غير جيد للفك، ولكن هناك حالات لا يشعر فيها بالألم أو على الأقل
لا يبرزعج منها خلال القلع.

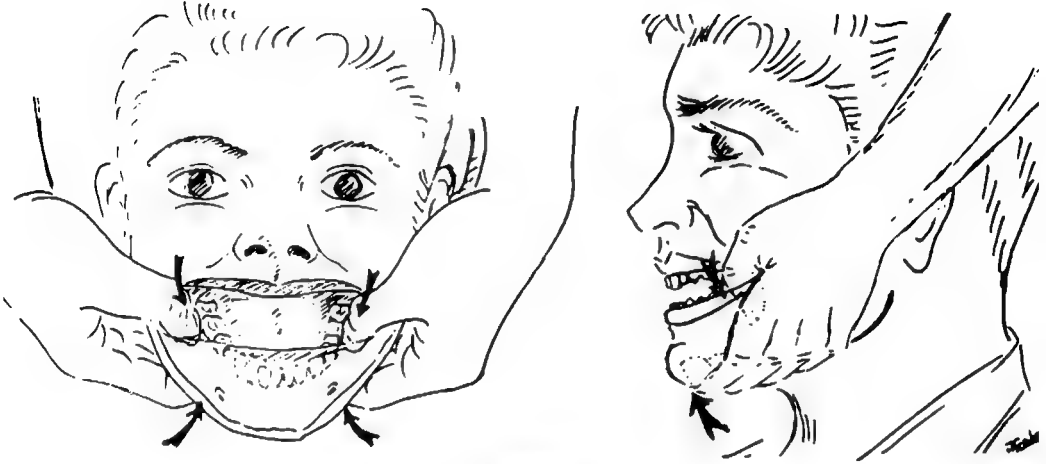
الوقاية: إن ثبات المفصل يمكن أن يُحسن بدعم الفك أو استخدام فاتح الفم وأثناء القلع
الصعب للارحاء السفلية قد نجد أنه من غير المهم كيف تدعم الفك والمريض يستمر بالشعور
بالألم في المفصل. هنا من الأفضل للجوء للقلع الجراحي للسن.

المعالجة: إذا تلى ألم المفصل الجراحة مباشرة، فيجب أن نضع المريض تحت حمية لينة
وننصحه بأن لا يفتح فمه كثيرا كما يمكن أن نصف المسكنات كالاسبرين فقط مع كمادات ماء حار
لجعل منطقة المفصل أكثر راحة.

● انخلاع اللقمة: وهي أكثر المشاكل حدة أثناء قلع الفك السفلي حيث تخرج اللقمة من
الجوف العنابي.

الوقاية: مثل سابقتها / أنبيات المفصل/.

المعالجة: يجب أن تصحح هذه الحالة مباشرة بالوقوف خلف المريض واضعين ابهامنا على الخط المنحرف الظاهر، وندور الجزء الخلفي للفك نحو الأسفل والأمام (كما هو واضح بالشكل رقم ١٦).



الشكل ١٦

ملاحظة: إذا وضعت ابهامك على سطوح الأسنان فقد تتضرر أثناء عودة الفك إلى وضعه الطبيعي.

● الأدوات المكسورة: ١ - الابرة المكسورة: إذا استعملت ابرة السيرنج كثيرا فإنها ستضعف وقد تنكسر في النسيج أثناء الحقن. وهذا الاختلاط نادرا ما يحدث الآن مع مجيء الابرة وحيدة الاستعمال.

الوقاية: باستعمال الابرة وحيدة الاستعمال.

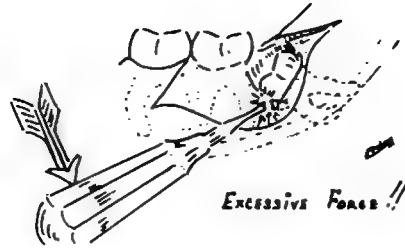
المعالجة: إذا انكسرت داخل نسيج لينة وليس من السهل استردادها نحيل المريض لأخصائي جراحة وهناك رأي يقول أن نترك الابرة في مكانها إذا كان نزعها يسبب مشكلة، ولكن يجب أن نترك هذا القرار لشخص أكثر خبرة في هذا المجال.

- رؤوس الروافع المكسورة: قد تنكسر الروافع عند تطبيق قوى زائدة وخاصة عند

استعمال الرافعة المستقيمة 301 أو 34 #

الوقاية: استعمال الروافع بقوى معقولة.

المعالجة: اغسل المنطقة ونظفها ثم حاول إيجاد الجزء المكسور، إذا لم تجده بسهولة خذ صورة شعاعية للمنطقة وإذا لم تجدها بالصورة كذلك حول المريض لأخصائي جراحة.



لا تستخدم قوى زائدة عند استئصال الرافعة

الفصل الثامن

العناية ما بعد العمل الجراحي

وتشمل - ثقافة المريض المناسبة

- النزف

- الورم

- الانزعاج

- الحمية

- المعالجة الدوائية

- صحة الفم

- النوم والنشاطات الجسدية

- ثقافة المريض المناسبة: قد تكون ثقافة المريض عامل هام في منع حدوث الاختلاطات التالية للعمل الجراحي ويجب أن ندعم توصياتنا الشفهية بأخرى مكتوبة، كما يجب أن نزود المريض برقم التلفون الخاص وذلك للاتصال في حال وجود أي مشكلة، كما يجب مناقشة المريض شفهيًا بهذه الأمور:

- النزف: نبه المريض إلى أن الشاش يجب أن يوضع مكانه لمدة ساعة على الأقل، كما يجب أن نوضح للمريض كيف سيضع قطعة الشاش إذ كان هنا نزف تالي.

- الوذمة: عند اجراء شريحة للمريض وعند وجود جراحة عظمية فيجب أن نؤكد للمريض على ضرورة وضع كمادات جليدية على الوجه مقابل مكان العمل الجراحي في الفم، ويجب أن توضع الكمادات فور انتهاء العمل الجراحي وضمن العيادة إذا أمكن، تستعمل الكمادة الباردة فقط في يوم الجراحة ويجب أن يوصى المريض لعدم وضع أي كمادات حارة لكي لا تزيد الورم قبل ٤٨ ساعة.

- الانزعاج: اخبر المريض أن قمة الانزعاج والألم عادة تتلو زوال التخدير لذلك يعطى المريض جرعة مسكنة ابتدائية قبل زوال التخدير.

- الحمية: حمية سائلة مشربة بكمية كبيرة من البروتين كما تساعد أنواع الطعام السائل في الشفاء أثناء فترة النقاهة.

- الأدوية: مسكنات، صادات حيوية، مهدئات، حسب الاستطباب.

- صحة الفم: يجب أن نؤكد للمريض بأن يتجنب المضغ الشديدة أو البصق خلال ١٢ ساعة التالية للجراحة، ويجب تطمين المريض أنه بعد هذه الفترة يمكن له أن يغسل أسنانه بحذر حول مكان العمل الجراحي، وبعد ٢٤ ساعة يمكن المضغ وتفرش الأسنان بحذر لمنع تراكم الفضلات حول مكان القلع أو الجراحة، وبعد ٤ - ٥ أيام يمكن للمريض معاودة تفرشه الطبيعي مكان المنطقة المصابة.

- النوم والنشاط الفيزيائي: يجب أن يرتاح المريض على الأقل ٢٤ ساعة، خاصة إذا كان هناك شريحة أو جراحة عظمية.

المعالجة ما بعد العمل الجراحي

ما يجب أن يفعله المريض بعد الجراحة، في حال:

١ - النزف: يطبق على اسفنجة توضع في الفم في نهاية الجراحة لمدة ساعة على الأقل من انتهاء الجراحة وإذا كان النزف أكثر من خفيف يتبع مايلي:

بواسطة قطعة شاش نظف مكان الجرح من العلاقات الدموية الزائدة ثم ضع قطعة شاش رطبة فوق المنطقة النازفة فقط ثم ثبتها مكانها بقوة لمدة ٢٠ دقيقة، بعدها إذا حدث نزف كرر هذا الأمر كلما لزم وفي حال استمر النزف طويلاً اتصل بالطبيب.

٢ - الوذمة: يجب أن تتوقع حسب المنطقة المشمولة بالجراحة ويمكن تخفيف الوذمة بالثلج، ضع ثلجاً لمدة ١٥ دقيقة فوق مكان الجراحة ثم ازيله لمدة ١٥ دقيقة، وذلك لعدة ساعات علماً أن الاستعمال المديد للثلج لايعطي النتائج المتوخاة.

٣ - الحمية: بعد ساعة تستطيع تناول السوائل من الفم ولليوم الأول والثاني من الضروري أن تتبع حمية سائلة أو لينية (شورية، عصير، بطاطا مسلوقة) ومن الضروري تناول نصف غالون من السوائل يومياً.

٤ - الأدوية: تؤخذ كما هي موصوفة.

٥ - المضمضة: لاتمضض في يوم الجراحة، مضمض بالماء الفاتر المملح (ملعقة صغيرة من الملح مع كأس ماء ٢٥٠ ملل بعد الوجبات، وهذه تسرع الالتئام بحفظ الجرح نظيفاً.

- الأشياء الممنوع فعلها:

١ - لاتطبق حرارة على الوجه في أي وقت، هذا قد يزيد الورم.

٢ - تجنب البصق لأن هذا يخلق ضغط سلبي ضمن الفم ويميل لنزع الخثرة الدموية مما يسبب نزف اضافي.

٣ - تجنب الجهد الفيزيائي العنيف لمدة ٢٤ ساعة والرياضة التي تجعل الشخص مبكلاً /سباحة/ أو مرتفع الضغط مما قد يجدد النزف.

المنظمرات: إن إزالة المنظمرات شيء مختلف تماماً عن قلع الأسنان العادية وقد تترافق

مع

١ - صعوبة في فتح الفم.

٢ - ألم أثناء البلع.

٣ - ألم في أذن الجهة المصابة.

- إذا كانت المنظرة سفلية قد يحدث تميل (خدر) نصف الشفة السفلية من ناحية القلع وهذا عادة ما يكون عارض مؤقت مزعج يبقى من عدة أيام لعدة شهور، كما قد يشعر المريض ببعض الأزعاج في الأسنان المجاورة.

- قد تظهر قرحات مؤلمة على صوار الفم، وهذه يجب أن تدهن بمرهم ملطف /فازلين/.

الفصل التاسع

اختلاطات ما بعد العمل الجراحي

- ١ - النزف - التاريخ الصحي متضمنا المشاكل النزفية
 - خطة الجراحة
 - الجراحة التالية
 - السيطرة على النزف
 - ٢ - التهاب السنخ - الوقاية
 - العلاج
 - ٣ - الشوكات العظمية
 - ٤ - الأذيات العصبية - العصب السني السفلي
 - العصب اللساني
 - العصب الذقني
- **النزف:** إن معظم النزوف التالية يمكن التكهّن بها إذا ما بقينا المريض حوالي ١٥ دقيقة في العيادة بعد انتهاء العمل الجراحي، هذه العادة بالإضافة للتاريخ الصحي الجيد للمريض وتخطيط العمل الجراحي سوف تقلل من حدوث النزف التالي للجراحة.
- التاريخ الصحي متضمنا المشاكل النزفية يجب أن يشمل الأسئلة التالية:
- هل حدث مره معك نزف لمدة طويلة وهذا السؤال يمكن أن يدعم بالأسئلة التالية:
 - هل عانيت من نزف طويل بعد قلع سن
 - إذا انجرححت هل استفرقت في السيطرة على النزف أكثر من ١٠ دقائق
 - إذا تعرضت للجراحة مرة هل ذكر لك الجراح أنه عانى في السيطرة على النزف.
 - إذا كان المريض امرأه أمكن سؤلها عنه إذا كان السيطرة على نزيفها صعباً بعد الولادة أو يحدث نزيف لمدة طويلة مع الدورة الطمثية.
 - هل يوجد لديك أمراض كبدية؟ وهذا السؤال مهم إذ أن كل عوامل التخثر تصنع في الكبد ماعدا العامل الثامن والأسئلة الأخرى هي:

- هل أصبت بالتهاب الكبد.

- هل أصبت بالريقان.

- كم من الكحول تشرب يوميا.

■ هل تعاني من ارتفاع الضغط: إن ارتفاع الضغط لا يؤثر على عوامل التخثر بل يسبب زيادة النزف، وإن المهم هو ارتفاع الضغط الانبساطي إذ أنه يقارب الضغط المستمر الموجود في الشعيرات الدموية، على كل حال أي ضغط انبساطي فوق ٩٠ ملم زئبق يعتبر غير طبيعي. وإن زاد فوق ١٢٠ ملم زئبق يعتبر مضاد استطباب لأي تدخل جراحي.

■ هل تخضع لأي معالجة مضادة للتخثر، حديثا تعطى مضادات التخثر لعلاج الكثير من المشاكل المرضية وخاصة المشاكل الدماغية الوعائية والقلبية الوعائية.

أما الاستطبابات القطعية الحالية للمعالجة بمضادات التخثر: تبديل دسامات القلب.
الخثرات الوريدية الكبيرة، الصمامات الرئوية، أو أي مشاكل تخثرية. ونستدل عليها من الأسئلة التالية:

- هل تتعاطى أي أدوية حاليا؟

- هل تتعاطى أي أدوية حاليا لتميع الدم؟

- هل تعرضت حديثا لأي هجمة قلبية؟

- هل أجريت أية جراحة للقلب من قبل؟

- هل تعرضت لأي ظاهرة تجلطية؟ (إشرح).

■ هل تتكلم بسهولة: إن المريض الذي يتكلم بسهولة فإنه يعاني: إما من مرض يشمل تشكل اللويحات أو هشاشة شعرية. إذا كان هذا الأمر موجود فيجب أن نطلب فحص زمن النزف.

■ هل لديك فقر دم: عندما يكون فقر الدم شديد فإن المريض يجد صعوبة في الوقوف حتى ولو أنه فقد كمية بسيطة من الدم ومن غير الحكمة اجراء أي عمل جراحي على مريض فقر دم.

■ هل يوجد أحد في العائلة قد عانى من مشاكل نزفية: إذ أن بعض المشاكل النزفية تنتقل وراثيا، و /الناعور أ/ هو من أكثر الأمراض الوراثية كثرة وهو موجود بنسبة $\frac{1}{2000}$ من السكان وأن حوالي ٣٠ - ٤٠٪ من المرضى المشخصين حديثا لا يوجد لديهم سوابق وراثية، لذلك يجب الانتباه رغم نفي التاريخ العائلي إذ أنهم لم يتعرضوا بعد لأي هجمات على النظام التخثري عندهم أو يتعرضوا لمشاكل نزفية معتلة.

- تخطيط العمل للتقليل من النزف: هناك أربع قواعد يجب احترامها لمنع النزف التالي:
- يجب أن يعلم الطبيب الأسباب التي لم تتكرر أي نزف في التاريخ الصحي للمريض، وهذا أسهل جداً إذا كان يملك المريض أي وثيقة تدل على خلل وراثي تخثري على كلاً في حال عدم وجود مثل هذه الوثيقة فيجب إجراء أربع اختبارات لاثبات إذا كان هناك مشاكل نزفية هي:

١ - تعداد الصفائح: وهذا يبين نقص الصفائح أو زيادتها وكلاهما يمكن أن يسبب زمن نزف طويل كما يجب أن نعلم أن تناول الاسبرين، في حال مرض VON/WILLEBRAND / إذ تنقص القدرة الوظيفية للصفائح ولايتأثر عددها، لذلك يعطي تعداد الصفائح لوحدة صورة قاصرة لفاعلية ادائها.

٢ - زمن البروثرومين: هذا سوف يوضح خلل الجزء الثاني في نظام التخثر ويشمل العامل الخامس والسابع والعاشر البروثومبين ومولد الغبرين، وإن نقص أي من هذه العوامل يعود لمرض شائع قد يكون:

أمراض الكبد: كل عوامل التخثر ماعدا العامل ١٣ تصنع في الكبد لذلك أن أمراض الكبد تؤثر على هذه العوامل مثلاً تشمع الكبد تتأثر عادة العوامل المتعلقة بالفيتامين K كالبروثرومين أما العوامل المستقلة عن الفيتامين K كامولد الغبرين ومولد الخثرين فإنهم يتشكلون بكميات مقبولة حتى في أمراض الكبد المزمنة.

- زمن النزف: هذا الاختبار يتحقق من مرض WILLEBRANDS وهو ثالث مرض وراثي انتشاراً ويتم التحقق من زمن النزف بوضع كم جهاز الضغط فوق الكوع ورفع الضغط حتى ٤٠ ملم زئبق ثم نقوم بصنع جرح سطحي تحته باتجاه الساعد ونسجل الزمن اللازم لتخثر الدم، والزمن الطبيعي ٥ دقائق \pm دقيقتين .

٣ - الآلية الجراحية: يمكننا تقليل النزف باتباع القواعد التالية:

١ - أزل كل النسيج الحبيبية إذ أن وجود هذه الأنسجة الحبيبية الصانعة للأوعية تسبب نزف زائد تصعب السيطرة عليه.

٢ - لاتمزق أو تسحق النسيج: أن الوعاء النازف تسهل رؤيته في حافة الجرح المقطوعة بمهارة ولكن إذا كان هناك تمزق فمن الصعب إيجاد الوعاء النازف كما تصعب السيطرة على نزيف المناطق المهروسة.

- يجب معرفة تشريح المنطقة: وذلك لتفادي أي وعاء رئيسي في المنطقة وأكثر الأوعية إصابة:

١ - الأوعية السخنية السفلية وامتداداتها حتى المنطقة الذقنية.

٢ - الأوعية الحنكية الكبيرة.

كما يجب على الجراح معرفة أماكن الأوعية الوجهية واللسانية والممكن مصادفتها في جراحة الفم كما يجب أن ننتبه للأوعية الصغيرة لساني الفك السفلي الناحية القاطعة وناحية المثث خلف الرحوي ويمكن أن لاتعطي كل الأهمية للشريان والوريد الأنفي الحنكي إذ أنه من النادر أن يشكل نزف هذه الأوعية مشكلة.

٤ - السيطرة على النزف بعد الجراحة: يجب التأكد من عدم وجود أي نزف قبل مغادرة المريض العيادة وذلك بتركه في العيادة لمدة ١٥ دقيقة ثم نبذل لفافة الشاش قبل مغادرة المريض العيادة تماما.

يجب على المريض أن يبقى الضغط مستمر على لفافة الشاش لمدة ٤٥ - ٦٠ دقيقة بعد الجراحة. وأوضح للمريض كيف يضع لفافة الشاش مكان الجراحة أو القلع في حال استمرار النزيف ويجب أن نتوقع تصبغ اللعاب بالدم لمدة ٢٤ ساعة بعد الجراحة.

- السيطرة على النزف بعد الجراحة: عندما يأتي المريض للعيادة يشكو من النزف فإنه من الضروري أن نقيم حالة المريض من ثلاث نواحي ١ - كمية الدم المفقود.

٢ - الحالة الصحية العامة.

٣ - أسباب النزف.

١ - كمية الدم المفقودة: يمكن استنتاجها بتوجيه بعض الأسئلة: إذ أخبرنا المريض أن الدم النازف يملئ وعاء معين أو بلل عدد من لفافات الشاش ويمكن تقدير كمية الدم الحقيقية بحوالي ٧٥% مما يقوله المريض أو أن كل لفافة شاش ٢ x ٢ تمتص ٢,٥ سم^٣ من الدم وإن أي مريض فقد ٥٠٠ سم^٣ من الدم يجب إحالته لطبيب بشري أو مشفى.

٢ - الحالة الصحية العامة: يمكن أن نقدر حالة المريض العامة بأن نلاحظ أي ضعف أو نلاحظ أي عوارض صدمة وهي:

١ - هبوط ضغط.

٢ - زيادة كمية الهواء المأخوذة.

٣ - شحوب.

٤ - عرق بارد.

٥ - عطش.

٦ - عدم راحة.

٧ - ضعف وسرعة نبض.

٣ - أسباب النزف: بعد تقييم حالة المريض يمكن تحديد مكان النزف، وهذا يجب أن يحدث دون تخدير موضعي إذ أن التخدير يخفي مكان النزف، وبعد تحديد مكان النزف أن أول

محاولة لوقف النزف وضع شاشة رطبة فوق الجرح مع الضغط، وفي حال لم يستجيب النزف لهذه المحاولة عندها نلجأ للتخدير الموضعي كحل موضعي ونلجأ للتخدير الناحي بدل الارتشاح إذا رغينا في إيجاد مكان النزف علماً أنه بعد زوال المخدر الموضعي أو المادة المقبضة بالتحديد فإن النزف يعود.

- السيطرة على النزف من العظم: هناك ثلاث طرق:

أ - هرس أو سحق العظم وهذا أفضل مايمكن صنعه بواسطة مرقاة إذا كانت نقطة النزف واحدة وواضحة، أما إذا كانت النقاط متعددة فإنك لاتستطيع تحديد المصدر المغذي لهم عندها يكون هذا الأسلوب أقل فعالية.

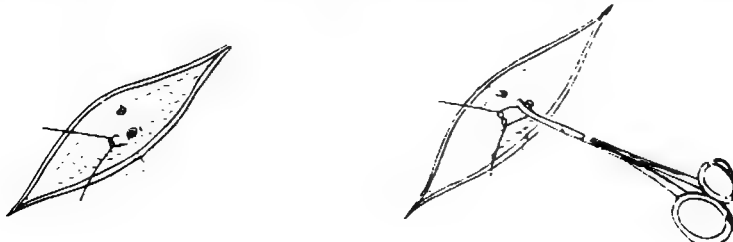
ب - الاسفنج القابل للامتصاص: هذه المادة المرقنة هي من أفضل المواد المستخدمة في الآفات العظمية مثل /أجواف القلوع/ هذه المادة تعتبر مسنده تبنى عليها الخثرة، كما أنها تساعد الصفائح حتى في حال وجود خلل في البروترومبين أو مولدالغبرين أو التخثر بشكل عام وهي موجودة تجارياً بالأسماء GELFOAM أو SURGICEL ويجب أن ننوه أن هذه المواد تشكل مسنده للخثرة وليس كضما د قابل للانضغاط.

ج - الشمع العظمي: وهذه من النادر استخدامها في طب الأسنان وهي فعالة في إيقاف النزف القوي الناجم عن القلع وخاصة عند تعرض الشريان أو الوريد السنخي السفلي للآذى، أن استخدام كمية كبيرة من الشمع العظمي قد يساعد في حدوث الالتئان كونه بطيء الامتصاص.

نزف الأنسجة الرخوة: ويمكن السيطرة عليها باتّباع الطرق التالية:

١ - الضغط: يطبق لإبطاء السيلان الدموي مما قد يسمح للخثرة بالتشكل. إن استخدام شاشة مبتلة مع الضغط قد وضع سابقاً، وهي من أكثر الوسائل استخداماً لإيقاف مثل هذا النزف وإذا كنا قد رفعنا شريحة فإنه من المفيد اعادةها لمكانها مع السيطرة على النزف وكذلك الصفائح الاكريلية كالجهاز الفوري يمكن أن يضغط بشكل مناسب لإيقاف النزف ولكن هذا مفيد فقط في حال كون الصفيحة مسبقة الصنع.

٢ - ربط الأوعية: إن وجود وعاء واضح مفرد نازف يمكن السيطرة عليه أما بربطه بملقط الأوعية أو بالخيط، ومن النادر استخدام ملقط الأوعية في الفم ويمكن ربط الوعاء النازف باحاطته بالخيط ثم ربط هذا الخيط باحكام عليه مما يسبب قطع النزف. كما هو موضح بالشكل.



التهاب السنخ الجاف

- وهو من دون شك أكثر الاختلاطات مصادفة بعد القلع والمظاهر السريرية لهذا المرض واضحة جدا إذ تتحل الخثرة الدموية خلال يوم أو يومين أو ثلاثة من الجوف العظمي ويتعري العظم جزئيا أو كليا ويتغطى العظم الشديد الحساسية بطبقة رمادية ضاربة للصفار من الحنات والنسج المتموتة.

وغالبا ماتكون اللثة المحيطية ملتهبة، والمريض يشكو من الألم الشديد /الم نابض/ يتسرع باتجاه الأذن والصدغ كما يتأفف المريض من طعم سيء في الفم، تورم في الغدد اللعابية للجهة المصابة شيء نادر الحدوث كما أن ارتفاع الحرارة كذلك شيء نادر الحدوث. ولكن المريض قد يتأثر صحيا بسبب قلة النوم والألم الشديد، وفقدان الشهية.

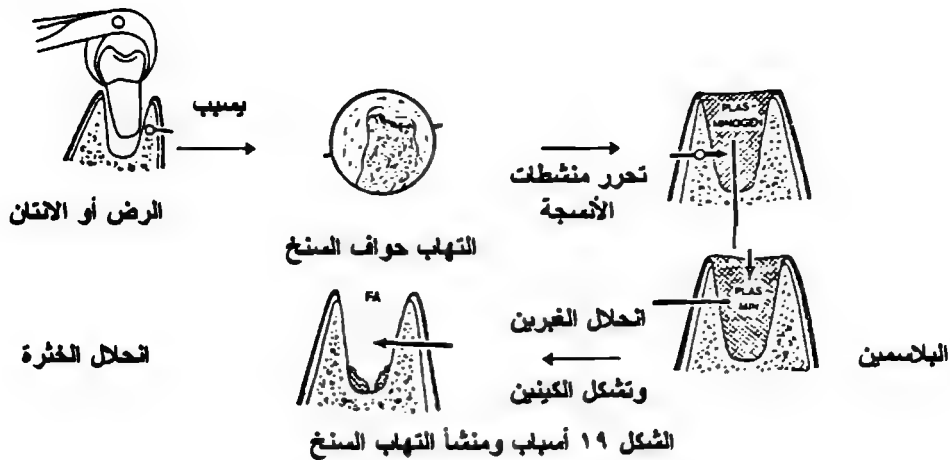
إن الآلية المرضية قد وضحها العالم /BIRN/ في دراساته، وقد تبين أن التهاب السنخ يتطور من الفعالية الشديدة الحالة لليفين حول وفي السنخ، وهذا يسبب انحلال الخثرة الدموية وتشكل الكيبن المسبب للألم الشديد في هذا المرض، أن النشاط الحال لليفين يأتي من العظم السنخي حول الجرح بأن تتحرر منشطات الأنسجة الصلبة /العظم/.

وإنه من المعلوم أن منشطات الأنسجة هذه تتحرر بالتهاب هذه الأنسجة ويحدث الالتهاب نتيجة الرض أو الانتان وهذين أهم عوامل الالتهاب بالسنخ بينما انحلال الليفين هو عامل محرر في التهاب السنخ.

- هناك بعض الآراء المتعارضة حول أهمية العاملين المسببين للانتان في التهاب السنخ، وهذا يعود لوضوح دور أحد العاملين عن الآخر في بعض الحالات المفردة، الانتان والرض يعملان سويا لخلق درجة من الالتهاب ضرورية لتطور التهاب السنخ.

- تولد المرض وسببه موضحان تخطيطيا في الشكل ١٩ إذ أن الانتان والرض يسببان التهاب نقي العظم السنخي وهذا يؤدي لارتفاع نسبة تحرر منشطات النسج /Tissue activators/ التي تحول مولد البلاسمين إلى بلاسمين وهذه موجوده بالخثرة والنتيجة النهائية لهذه العملية هي انحلال الخثرة والألم الشديد.

وإنه من غير الطبيعي حدوث التهاب بعد قلع طبيعي، ولكن أظهرت البحوث الدقيقة أن التهاب السنخ يحدث بنسبة ٢ - ٤,٤% من قلع الأسنان الدائمة، أما نسبة حدوث هذا المرض في منطقة الرحي الثالثة السفلية فهو مختلف من ٠,٩ - ٦٢,٥% تشمل الرحي الثالثة ٣٠% من هذا المعدل ويجب على الطبيب التقليل ما أمكن من احتمال حدوث هذا المرض.



الوقاية: في غياب الوقاية العلمية هناك عدة أساليب تجريبية مقترحة:
- الرض يجب أن يكون في حدوده الدنيا ونلجأ لاجراءات جراحية بسيطة ولاتلجأ للقوة الزائدة المبهمة الاتجاهات والشدة.

- يجب أن ينظف الجرح بشكل كامل.

- التخدير الناحي أفضل من التخدير بالارتشاح في ناحية الرحي الثالثة السفلية.

- نستخدم صداد حيوي واسع الطيف موضعياً للتتراسكلين في الجوف السنخي مكان القلع لأنه قد يقلل احتمال التهاب السنخ.

المعالجة: إن التهاب السنخ ليس مرض متصاعد وسوف يستمر ١٠ - ١٤ يوم سواء عولج أم لا وأهم شيء في هذه الحالة أن المريض يبقى منزوع رغم العلاج.

نلجأ لغسل السنخ بمصل ملحي معقم دافئ على الأقل ٢٠٠ سم^٣ وهذه قد تكون مؤلمة جداً في الجلسة الأولى لذلك قد نلجأ للتخدير.

في الغسيل الثاني تعزل منطقة السنخ من اللعاب بواسطة لفائف قطنية أو شاش ويوضع ضماد شافي مكون من

أوجينول ٤٦%

بلسم البير ٤٦%

كلوروبوتانول ٤%

بنزوكائين ٤%

تطبق هذه الخليطة بتزده في الجيب وتغطي كل العظم المكشوف

مثاليا تغير هذه الضمادة كل يوم لمدة أسبوع وفي الأسبوع الثاني حيث يكون الألم أخف بكثير يمكن أن يترك الضماد مكانه لمدة ٣ - ٤ أيام ومدة المعالجة حوالي أسبوعين وإذا استمر

الأكم لأكثر من أسبوعين فيجب إعادة فحص المريض بدقة للتأكد من أن الالتهاب لم ينتشر للعظم / التهاب عظم ونقي / بعد انعدام الحاجة للمسكنات الجهازية يزال الضماد حتى لا يعيق التدب.

- الشويكات العظمية: بعد إزالة السن سوف يتنمر المريض من بعض قطع العظم الناتجة من الجوف (مكان القلع) وتكون هذه حيث لم ينظف مكان القلع بشكل جيد بعد العمل الجراحي، هذه الأجزاء العظمية تنموت وفي معظم الحالات لاتسبب مشاكل ماعدا حس الانزعاج عند المريض ويمكن إزالة هذه الاجزاء بملقط أو مجرفة بعد التخدير الموضعي.

- أذنيات الأعصاب: أن الاعصاب نادرا ماترى بشكل مباشر خلال الجراحة الفموية، ولا يشعر المريض بخسارة الأعصاب إلا بعد زوال التخدير على كل هناك القليل من الأعصاب يمكن التضحية بها في الفم خصوصا العصب الأنفي الحنكي والأعصاب الدهليزية الطويلة long buccal nerve هذه الأعصاب حسية لمناطق لن ينتبه المريض لتغير الحس في المنطقة أما العصب الذقني أو اللساني أو السنخي السني السفلي فيجب عدم المساس بهم أبدا.

- العصب السنخي السني السفلي: قبل قلع أي رحي ثالثة سفلية منظمه يجب أن نحدد علاقة هذه السن بالقناة السنخية السفلية وإذا ظهرت القناة قريبة جدا من السن فقد تتضرر هذه القناة أثناء قلع السن، لذلك يجب اخبار المريض بالاحتمالات الواردة.

وأثناء العمل يجب الانتباه لعدم احداث الرض الزائد للعصب خصوصا عند استعمال السنبله الفاصلة للجنور، وعند تجريف الجوف مكان القلع يجب الانتباه بشدة لأي نسيج لين في قعر الجوف وعادة يرض العصب عند محاولة قلع نزوة الرحي الثالثة السفلية، وهذه الانبيات مؤقتة إذ يتعافى العصب تماما خلال أسبوع أو أسبوعين.

وإن احتمال القطع الكامل للعصب السني السفلي لحسن الحظ منخفض جدا، وعند حدوث هذه المشكلة فمن الحكمة إعادة الجزء المقطوع إلى القناة والتأكد من إزالة الاعاقات بين الطرفين المقطوعين ففي بعض الحالات قد يعود جزء من الاحساس وهذا ماقد يحتاج لستة شهور.

- العصب اللساني: إن أذية هذا العصب قد تحدث أثناء تأدية حقنة الفك السفلي أو أثناء قلع الرحي الثالثة السفلية.

إن أذية هذا العصب قد تحدث أثناء جر السنبله باتجاه القشرة العظمية اللسانية أثناء محاولة فصل الجنور أو أثناء وضع الشق الأولي بعيدا جدا باتجاه اللسان.

وعند حدوث أذية هذا العصب فإن فرصة اعاده الاحساس تكون خلال أسابيع إذ أحدث إعادة احساس وإذا لم يعود الاحساس خلال عدة أسابيع فيجب أن يحال المريض إلى جراح ذو خبرة في خياطة الاعصاب.

- العصب الذقني: إن تجنب هذا العصب ممكن أكثر من العصبيين السابقين كوننا نستطيع رؤية هذا العصب، عند رفع شريحة في منطقة الثقبه الذقنية فيجب تحديد موقع الثقبه بعد رفع

الشريحة مباشرة فمن الواضح أنه يجب تجنب العصب عند اجراء أي شق عمودي في هذه المنطقة، عند تحديد الحزمة /حزمة العصب والأوعية/ فيجب ابعادها عن مكان العامل.

- على كل يجب أن تعلم أن العصب الذقني لا يحتمل قوى زائدة من الشد وقد يتمزق أثناء الجر المعتدل عن مكان العمل واحتمال إعادة الاحساس إلى العصب المتأذي صغير.

- ألم مابعد العمل الجراحي: إن الألم عرضي وعادي بعد العمل الجراحي ولكنه قد يتحول لاختلاط مابعد العمل الجراحي إذا تجاوز المسكنات الموصوفة للمريض، وهذا الألم مختلف من شخص لشخص. وهذه الاجراءات قد تساعد في التقليل من الألم:

- يجب تخطيط تدبير ألم مابعد العمل الجراحي قبل العمل الجراحي (راجع تاريخ المريض الألمي).

- اجعل العمل الجراحي مستبق ومقلل من الاختلاطات ضمن العمل الجراحي.

- يجب الحصول على كمية كافية من التخدير (إن الألم ضمن العمل الجراحي يمكن أن يدفع المريض لأعلى درجات الألم بعد العمل الجراحي).

- استخدام مخدر موضعي طويل الأمد مما يسمح للمسكنات العامة بالعمل قبل انتهاء المخدر الموضعي.

- قلل من الوقت اللازم للجراحة.

- اعطي مسكنات على قدر العمل الجراحي المنجز.

- الانتان مابعد العمل الجراحي: بعد اجراء كل عمل جراحي في الفم يجب معاينة الانتان المحتمل الموضعي والعام ويمكن اللجوء لعدة أشياء لأجل التقليل من الانتان مثلا: التطهير الجيد يقلل الفلورا الفموية والصفحية والقلح والتنظيف الجيد للجرح.

Plate I
Figures 1 - 34
The Removal of Teeth

© 1960 by R. J. Whitacre and J. R. Hooley

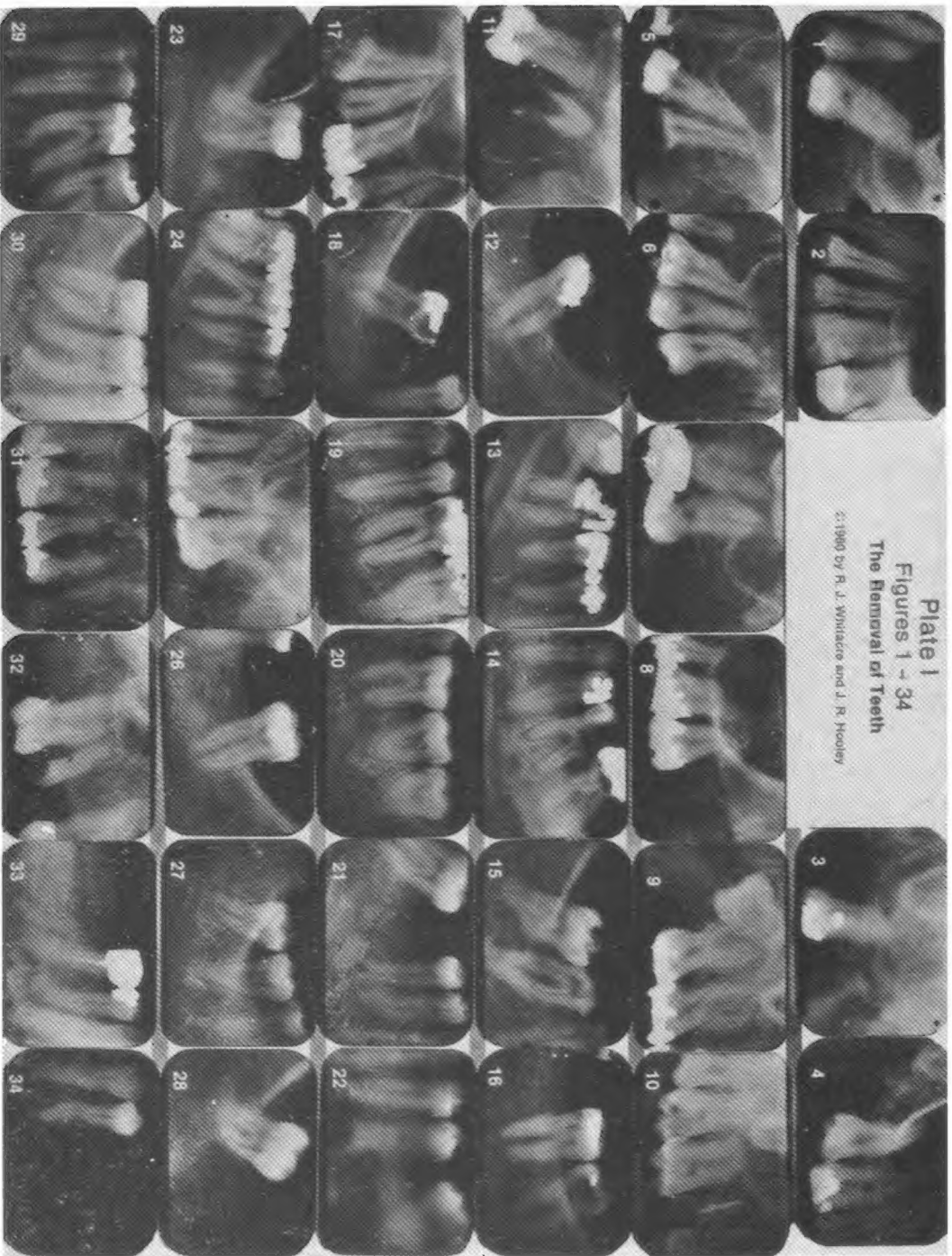


Plate II

Figures 35 - 66 The Removal of Teeth

© 1980 by R. J. Whitacre and J. R. Hooley

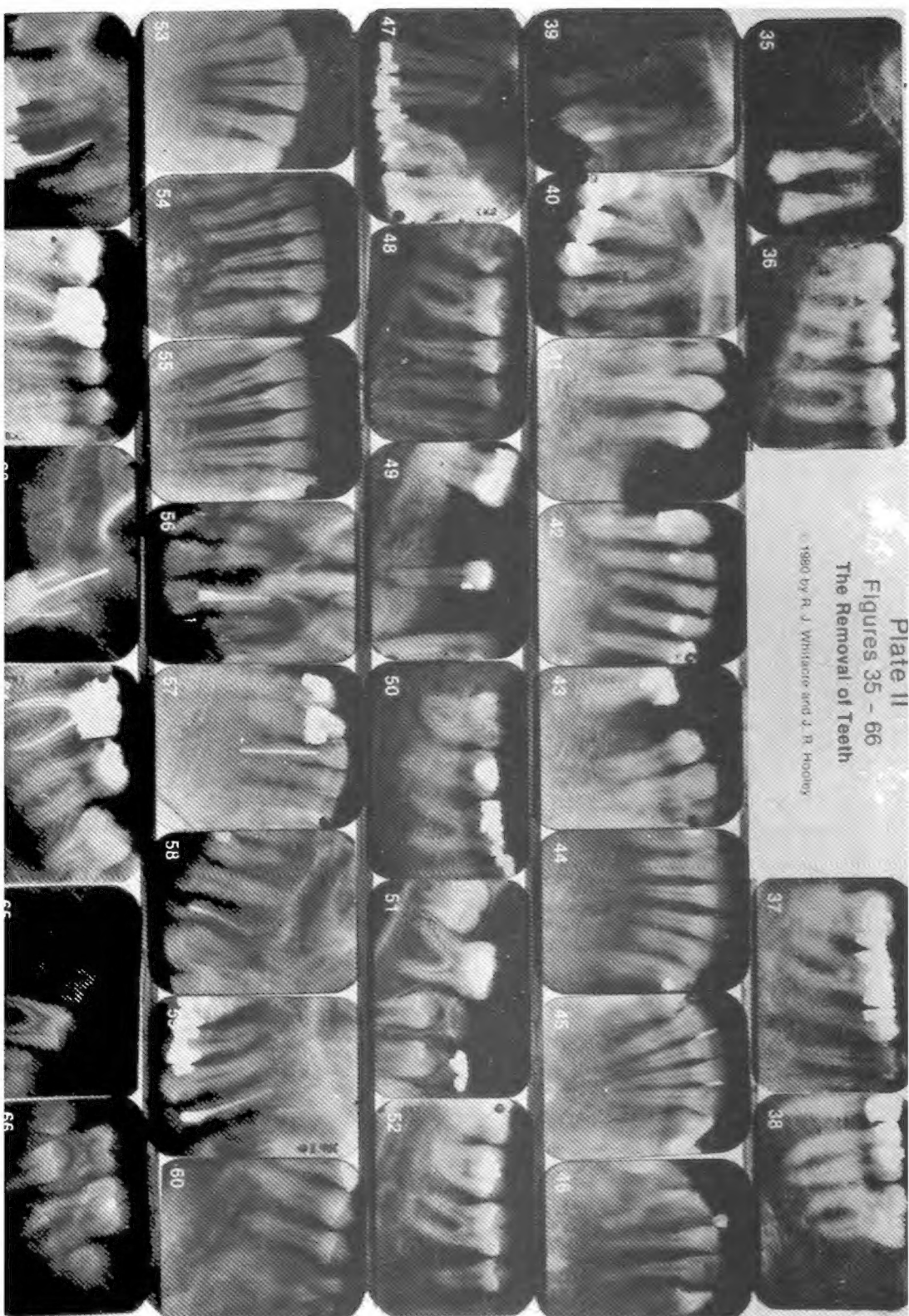


Plate III

Figures 67 - 93

The Removal of Teeth

© 1980 by R. J. Whitacre and J. R. Heoley

67

68

73

74

69

70

72

73

74

75

76

71

79

80

81

82

77

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93